

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Intercorrências cirúrgicas:  
a enfermagem e o paciente buscando caminhos  
para enfrentar seus estressores*

N.Cham. TCC UFSC ENF 0306

Autor: Jesus, Andréia Lim

Título: Intercorrência cirúrgicas : a en



972492249 Ac. 241506

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Andréia Lima de Jesus  
Eugeni Galvez

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0306

Ex.1

Florianópolis, julho de 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

*Intercorrências Cirúrgicas:  
a enfermagem e o paciente buscando caminhos  
para enfrentar seus estressores*

Relatório do Trabalho de Conclusão do Curso de  
Graduação em Enfermagem, em cumprimento à  
disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII  
Unidade Curricular do Departamento de Enfermagem  
do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

Orientadora: *MARIA ANICE DA SILVA*

Supervisora: *LUCY PAOLA VARGAS MERINO*

**Andréia Lima de Jesus**  
**Eugeni Galvez**

**Florianópolis, julho de 1997.**

*“Confie no Deus Eterno de todo coração e não se apóie na sua própria inteligência. Lembre-se de Deus em tudo o que fizer, e Ele lhe mostrará o caminho certo”.*

*(Provérbios 3:5-6)*

## *AGRADECIMENTOS*

À Deus que está sempre presente, nos transmitindo força e sabedoria, iluminando nossos caminhos e amenizando nossas dificuldades.

Aos nossos queridos pais: Dorival e Iracema de Jesus e Marcelo e Maria Terezinha Galvez, pelos ensinamentos que nos deram e a grande oportunidade de podermos estar encerrando mais uma etapa importante de nossas vidas.

Aos nossos irmãos: Adriana, Douglas e Leonor, pelo incentivo, carinho e apoio a nós dedicados.

Aos avós Antônia e Assis Ribeiro que acolheram-me com carinho no momento em que precisei.

Aos nossos queridos Lucas e Mauro pelo amor, compreensão, paciência e dedicação durante o decorrer de nossa vida acadêmica, transmitindo otimismo e força para alcançarmos mais uma etapa.

À Eliene pela amizade e companherismo, pelo estímulo, pela força e pelo desejo de que tudo dê certo.

À nossa querida orientadora Maria Anice ser especial, pela amizade, pela disponibilidade constante, pelo estímulo para o desenvolvimento do nosso potencial e força, especialmente espiritual, pela paciência e exemplo de respeito ao ser humano.

À nossa supervisora Enfermeira Paola e aos funcionários da Unidade C: Altemir, Cida, Cilene, Elaine, Elena, Elizabete, Elizete, Kátia, Marcos, Marise,



e confiança, pela troca de experiência e pela oportunidade de convivermos tão próximos durante uma etapa tão importante de nossas vidas.

À Diretora de Enfermagem, do Hospital Dona Helena, Márcia por ter acreditado e confiado em nosso trabalho, abrindo um novo campo de estágio.

Aos demais funcionários do Hospital Dona Helena, que de alguma forma nos auxiliaram para o desenvolvimento deste projeto.

À coordenação da 8ª fase, representada pela Profª. Maria de Lourdes, pela oportunidade de realizarmos o estágio fora do Município.

## *SUMÁRIO*

<b>RESUMO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1. JUSTIFICATIVA DO PROJETO.....	12
1.2. OBJETIVOS .....	13
<b>2. DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....</b>	<b>15</b>
2.1. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL DONA HELENA .....	15
2.2. DESCRIÇÃO DA UNIDADE C .....	16
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
3.1. BUSCANDO COMPREENDER O PACIENTE CIRÚRGICO .....	17
3.2. BUSCANDO CONHECIMENTO DO PROCESSO DE ENSINO/APRENDIZAGEM PARTICIPATIVO.....	20
3.3. BUSCANDO CONHECIMENTO ADMINISTRATIVO.....	21
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
4.1. FUNDAMENTANDO A TEORIA .....	23

<b>4.2. PRESSUPOSTOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3. CONCEITOS .....</b>	<b>27</b>
<b>4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL .....</b>	<b>30</b>
 <b>5. OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS.....</b>	 <b>32</b>
<b>5.1. DIMENSÃO ÉTICA .....</b>	<b>32</b>
<b>5.2. PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>5.3. CRONOGRAMA .....</b>	<b>36</b>
 <b>6. RELATANDO AS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....</b>	 <b>37</b>
<b>6.1. OBJETIVO 1.....</b>	<b>37</b>
6.1.1. APLICANDO O PROCESSO .....	38
6.1.2. LEVANTANDO E ANALISANDO OS ESTRESSORES.....	40
6.1.3. AUXILIANDO O PACIENTE A ENFRENTAR SEUS ESTRESSORES.....	44
6.1.4. VISITA AO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DE JOINVILLE ....	49
6.1.5. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO .....	51
<b>6.2. OBJETIVO 2.....</b>	<b>51</b>
6.2.1. LEVANTANDO E ANALISANDO OS ESTRESSORES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS...52	52
6.2.2. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO.....	57
<b>6.3. OBJETIVO 3.....</b>	<b>57</b>
6.3.1. CONCEITUANDO E ANALISANDO LIDERANÇA E COORDENAÇÃO.....	57
6.3.2. DESCREVENDO AS AÇÕES ASSISTENCIAIS.....	59
6.3.3. DESCREVENDO AS AÇÕES ADMINISTRATIVAS.....	61
6.3.4. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO.....	61
<b>6.4. OBJETIVO 4.....</b>	<b>62</b>

6.4.1. CONHECENDO O AMBIENTE HOSPITALAR.....	62
6.4.1.1. Ambiente físico e arquitetônico .....	62
6.4.1.2. Ambiente estrutural diretivo e organizacional .....	67
6.4.1.3. Recursos humanos .....	70
6.4.1.4. Descrevendo os setores gerais .....	71
6.4.1.5. Serviços de apoio .....	73
6.4.2. CONHECENDO O SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	75
6.4.3. CONHECENDO A UNIDADE C .....	77
6.4.3.1. Ambiente físico e arquitetônico .....	77
6.4.3.2. Ambiente estrutural diretivo e organizacional .....	82
6.4.3.3. Recursos humanos .....	83
6.4.3.4. Recursos materiais.....	85
6.4.4. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO .....	87

## **7. ENFRENTANDO NOSSOS ESTRESSORES ..... 88**

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 90**

### **8.1. CONCLUINDO..... 90**

### **8.2. APRESENTANDO SUGESTÕES À INSTITUIÇÃO..... 91**

## **APÊNDICE ..... 92**

### APÊNDICE 1..... 93

### APÊNDICE 2..... 98

### APÊNDICE 3..... 103

### APÊNDICE 4..... 111

### APÊNDICE 5..... 113

### APÊNDICE 6..... 115

### APÊNDICE 7..... 117

APÊNDICE 8.....	120
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>128</b>
ANEXO 1 .....	129
ANEXO 2 .....	131
ANEXO 3 .....	133
ANEXO 4.....	135

## *RESUMO*

Trata do relato de uma prática assistencial vivenciado por duas acadêmicas de enfermagem da UFSC, do último semestre do curso de graduação em enfermagem. O trabalho foi realizado no período de 31/03 a 13/06/97, em uma Unidade Médico-Cirúrgica, no Hospital Dona Helena, localizado no município de Joinville, SC. Teve o propósito de prestar assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos, adultos, nos estágios, de pré e pós-operatório, utilizando como referencial a teoria do Enfrentamento, de Lazarus e Folkman (1984). Apresenta-se sob os dois enfoques: o primeiro voltado para a assistência, onde foi realizado um estudo dos estressores e das estratégias de enfrentamento manifestadas pelos pacientes e pela equipe de enfermagem da unidade, visando auxiliá-los na busca de estratégias eficazes de enfrentamento, através de um processo de ensino-aprendizagem. O segundo enfoque está voltado para os aspectos administrativos, onde procurou-se coordenar a unidade C, bem como, analisar a estrutura administrativa da instituição. Conclui que a aplicação do projeto possibilitou o crescimento profissional das autoras, conscientizando ainda mais sobre a importância da visita da enfermeira nos estágios pré e pós-operatório, pois esta ação torna o paciente menos ansioso e faz com que sua recuperação tenha menos riscos de complicações.

## 1. INTRODUÇÃO

Trata-se de um relatório de estágio assistencial que faz parte dos critérios de avaliação exigidos pela disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estágio foi desenvolvido na unidade de Clínica Médico-Cirúrgica do Hospital Dona Helena, em Joinville, no período de 31 de março a 13 de junho de 1997, tendo como orientadora a Enfermeira Maria Anice da Silva, professora do Departamento de Enfermagem da UFSC, e como supervisora a Enfermeira Lucy Paola Vargas Merino, servidora do Hospital Dona Helena, lotada na Clínica Médico-Cirúrgica, onde foi desenvolvido o estágio.

O presente trabalho constou de três etapas: fase de planejamento do projeto assistencial, fase de execução, onde desenvolvemos o projeto e a fase de relatório do estágio.

Ao longo do curso tivemos contatos com pacientes cirúrgicos e percebemos que estes eram assistidos pela enfermagem quase que exclusivamente sob o aspecto técnico, deixando em segundo plano o aspecto emocional deste. Isto nos fez refletir sobre a importância da enfermagem mais próxima ao paciente dando apoio emocional e esclarecendo dúvidas acerca da cirurgia.

Notamos que o paciente sofre inúmeras influências internas e externas que podem prejudicar a sua completa recuperação, em especial o paciente cirúrgico, que é

submetido a um trauma cirúrgico onde passa por diversas etapas, desde a incisão e a manipulação de tecido até o seu restabelecimento.

Nossas percepções são confirmadas por Brunner *et al.* (1994, p. 344) quando afirma que: “(...) qualquer procedimento cirúrgico é antecedido de algum tipo de reação emocional no paciente, quer ela seja evidente ou oculta, normal ou anormal (...)”. Du Gas (1988, p. 435) também afirma, que “os objetivos de ação de enfermagem na assistência aos pacientes pré e pós - operatórios, consistem em tornar a experiência cirúrgica segura e confortável (...)”.

Nosso interesse intensificou-se na área à medida que tomamos maior conhecimento sobre o assunto. Várias outras razões nos motivaram a continuar este estudo, como a necessidade da atuação da enfermagem na prevenção de complicações pós - operatórias e na amenização de ansiedade provocada pela cirurgia.

Numerosos estudos citados por Du Gas (1988, p. 447) “(...) documentaram os reais benefícios do ensino pré - operatório para tornar o paciente menos ansioso, tanto antes quanto após a cirurgia, para minimizar as complicações pós - operatórias e para apressar sua recuperação”. A partir destas reflexões, buscamos uma teoria que viesse ao encontro dos nossos objetivos, ou seja, de tornar a experiência cirúrgica, na percepção do paciente, menos estressante, tanto nos estágios pré quanto nos pós-operatório.

Com a teoria escolhida e a área de interesse delimitada, entramos em contato com a nossa orientadora e com a supervisora de campo, onde os objetivos foram elaborados de forma participativa, buscando unir os nossos interesses e as necessidades do campo de estágio.

Nosso projeto teve dois enfoques: o primeiro voltado para a assistência, onde trabalhamos com pacientes cirúrgicos, adultos, nos estágios pré e pós operatório, e também, com a equipe de enfermagem onde aplicamos um referencial teórico pré-estabelecido; o segundo enfoque foi voltado para os aspectos administrativos, onde tentamos coordenar a unidade juntamente com a enfermeira, bem como, conhecer e analisar a estrutura administrativa da instituição.



Para a assistência, optamos, como referencial, pela teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman, por considerarmos que esta é a que melhor se adequava a situações estressantes vivenciadas pelo paciente cirúrgico, pois enfoca as estratégias de enfrentamento utilizadas para seus estressores.

Neste sentido, realizamos um levantamento dos estressores do paciente frente a cirurgia, tentando com ele buscar caminhos e estratégias de enfrentamento. Estes estressores foram levantados através de um roteiro de entrevistas semi-estruturado e da observação do comportamento do paciente.

Assim, acreditamos que o enfermeiro auxiliando o paciente no enfrentamento eficaz dos seus estressores, estará contribuindo na superação do estresse provocado pela cirurgia ou pela própria hospitalização.

Acreditamos, também, que uma assistência planejada pela equipe de enfermagem é importante para a recuperação do paciente, podendo influenciá-lo durante a hospitalização, por isso desenvolvemos também o mesmo trabalho com a equipe de enfermagem, levantando seus estressores e auxiliando na busca de estratégias eficazes de enfrentamento.

Os estressores da equipe foram levantados a partir de conversas informais, questionários e da observação da dinâmica de trabalho.

Entendemos ser este estudo de grande importância para o nosso aprendizado, visto que, nos deu uma maior clareza da dimensão do trabalho de enfermagem junto ao paciente e junto a instituição.

## **1.1. JUSTIFICATIVA**

Escolhemos esta área, clínica cirúrgica, por:

- Perceber, ao longo do curso, que tínhamos uma certa afinidade com o paciente cirúrgico e por entender que prestando assistência adequada durante sua

hospitalização, há possibilidades de diminuir ou eliminar sensivelmente o estresse cirúrgico, bem como uma possível reinternação

- Curiosidade e desejo de atuarmos em local diferente, ou seja, em um hospital privado, fora do município de Florianópolis, onde ainda há pouca procura por acadêmicos em geral.
- Acreditar que obteríamos uma experiência a mais na área hospitalar, visando o futuro profissional.
- Perceber uma falta considerável de pessoal habilitado nesta área e neste município, o que poderá proporcionar um maior acesso no mercado de trabalho.
- Sugestão da orientadora por ser um local que nos proporcionaria ampla aplicabilidade dos nossos conhecimentos técnicos, administrativos e científicos, adquiridos ao longo do curso.

Sendo assim, não tivemos dúvidas em escolher o Hospital Dona Helena - Unidade Cirúrgica, pois entendemos que seria o campo de estágio ideal para atender as nossas expectativas.

## **1. 2. OBJETIVOS**

- 1) Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, nos estágios pré e pós-operatório, visando o ensino e aprendizagem das estratégias de enfrentamento dos seus estressores.
- 2) Atuar junto à equipe de enfermagem da Unidade, procurando identificar os estressores do grupo que possam interferir na qualidade da assistência prestada buscando desenvolver estratégias de enfrentamento de forma participativa.

- 3) Coordenar a Unidade C juntamente com a enfermeira supervisora.
- 4) Conhecer, descrever e analisar o funcionamento do Hospital Dona Helena, da diretoria de enfermagem e da Unidade C - Clínica Cirúrgica, e fazer-se conhecer na equipe de saúde.

## *2. DEFINIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO*

### **2.1. DESCRIÇÃO DO HOSPITAL DONA HELENA (HDH)**

O HDH foi fundado em 12 de novembro de 1916 por oitenta senhoras evangélicas que se reuniram para fundar uma Associação de Socorro de Senhoras Evangélicas, surgindo então a Associação Beneficente Evangélica de Joinville, hoje a mantenedora do hospital.

O terreno do hospital foi doado pela família Lepper, por isso em homenagem a Dona Helena Lepper tem o nome Hospital Dona Helena.

No início era um simples ancionato e jardim de infância administrado por irmãs Diaconisas, porém um dia um médico da cidade trouxe um rapaz da colônia, que adoeceu, para as irmãs cuidarem. Este foi o primeiro paciente e o começo do hospital. A partir daí o hospital cresceu e evoluiu. Hoje é um hospital moderno, com um Centro de Diagnósticos por Imagem dotado de equipamentos de última geração, entre outros serviços. Totalmente informatizado, da internação a alta, já é referência no sul do país.

Está localizado na Rua Blumenau, 123, Centro, do município de Joinville, SC.

É hoje um hospital geral, privado e filantrópico, mantido pela Associação Beneficente Evangélica de Joinville. Oferece serviços que vão desde clínicas médicas

e cirúrgica até UTI e maternidade, abrangendo todos os setores de um hospital geral, o que falaremos mais detalhadamente no item 6.4.

## **2.2. DESCRIÇÃO DA UNIDADE C**

O local escolhido por nós para o desenvolvimento do estágio curricular obrigatório, da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, foi a unidade de clínica médico-cirúrgica, denominada de unidade C, uma vez que todos os setores do hospital são divididos por ordem alfabética.

A unidade C está localizada no segundo andar do hospital e conta com trinta e seis leitos.

No que tange os recursos humanos conta com 20 funcionários, dentre estes uma enfermeira, chefe do setor e supervisora deste estágio, uma escriturária e 18 funcionários entre técnicos e auxiliares de enfermagem, duas copeiras, dois funcionários da limpeza.

A unidade C será descrita e analisada mas detalhadamente no item 6.4.3. deste estudo.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, abordaremos aspectos relativos aos conteúdos: paciente cirúrgico, ensino e aprendizagem participativa e administração do SE.

#### 3.1. BUSCANDO COMPREENDER O PACIENTE CIRÚRGICO

Bogossian (1987, p. 20), definiu cirurgia como “(...) uma lesão traumática resultante de uma agressão e, como tal, suscita uma resposta endócrino-metabólica e demais eventos fisiopatológicos dos traumas em geral”.

Segundo Brunner *et al.* (1994) o ato cirúrgico pode ser realizado com várias finalidades: diagnóstica, para obter material de um tecido para exames, exemplo as biópsias; paliativa ou curativa; restauradora, para o restabelecimento da função normal de um órgão; cosmética, para melhorar a aparência através de cirurgia plástica e/ou profilática. A cirurgia pode ser classificada de acordo com o grau de urgência envolvido, utilizando-se os termos emergência, urgência, necessária, eletiva e opcional.

Entendemos que o paciente que se submete a uma cirurgia sofre múltiplas “agressões” que vão desde a fase pré-operatória, com o jejum e todos os demais preparos, passando pelo trauma da anestesia e da cirurgia propriamente dita, até a fase

pós-operatória, com a imobilização no leito e todas as alterações metabólicas advindas da cirurgia.

Uma adequada assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório deve ter o objetivo de reduzir o estresse e os seus efeitos nocivos sobre a saúde do paciente; o que Du Gas (1988) confirma em seu capítulo sobre assistência pré e pós, onde faz referência que a cirurgia envolve uma invasão dos tecidos do organismo e representa sempre um temor para o indivíduo que irá submeter-se a ela e que algumas pessoas são, por uma ou outra razão, mais vulneráveis às reações adversas que outras. O mesmo autor reforça afirmando que:

“o bom ensino pré e pós-operatório ajuda a preparar o paciente para a cirurgia e torna a recuperação pós-operatória mais fácil e destituída de riscos para o paciente. Numerosos estudos documentaram os reais benefícios de ensino pré-operatório para tornar o paciente menos ansioso, tanto antes quanto após a cirurgia, para minimizar as complicações pós-operatórias e para apressar sua recuperação” (Du Gas, 1988, p. 447).

Percebemos que realmente existem vários estudos acerca da importância do ensino pré-operatório para tornar o paciente mais seguro quanto a cirurgia. Citamos como exemplo, os trabalhos de Silva (1982), Pellizzetti e Bianchi (1991), Teixeira (1991), Rodrigues (1984) e Salzano (1986).

Ainda segundo Du Gas (1988, p. 435):

“(...) os objetivos de ação de enfermagem na assistência aos pacientes pré e pós-operatórios, consistem em tornar a experiência cirúrgica tão segura e confortável quanto possível para o paciente em prevenir o que esteja ao alcance da enfermagem, o aparecimento de complicações pós-operatórias e em ajudar o paciente a recuperar-se do estresse provocado pela cirurgia. O bom ensino pré e pós-operatório ajuda a preparar o paciente para a cirurgia e torna a recuperação pós-operatória mais fácil e destituída de riscos para o paciente”.

Acreditamos que todo comportamento referente à ansiedade, nervosismo e medo, pode ser minimizado se o paciente puder compreender e conhecer um pouco do processo pelo qual vai se submeter. O estresse da doença e da própria cirurgia,

será melhor superado se o paciente juntamente com a equipe de saúde desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento para estes estressores.

Brunner *et al.* (1994, p. 344) aponta que:

“(...) qualquer procedimento cirúrgico é antecedido de algum tipo de reação emocional no paciente, quer ela seja evidente ou oculta, normal ou anormal. Sabe-se que a mente que não se encontra em paz exerce influência direta sobre o funcionamento do corpo. Por conseguinte, é imperativo identificar as ansiedades que o paciente está experimentando. Ao levantar um cuidadoso histórico, o enfermeiro traz à tona as preocupações do paciente que podem exercer um significado direto sobre o curso da experiência cirúrgica. Indubitavelmente, o enfrentamento da cirurgia pelo paciente é cercado de temores (...). Conseqüentemente, o enfermeiro precisa encorajar a verbalização, ouvir, ser compreensivo e proporcionar informações que ajudem a aliviar as preocupações”.

Segundo Kamiyama *apud* Silva (1987, p. 145), “todo ser humano tem medo do desconhecido: o que é desconhecido gera medo e insegurança, por ser indefinível, imprevisível e incontrolável”.

Fundamentada nesta afirmação, salientamos a importância da visita pré-operatória realizada também pela enfermeira do centro cirúrgico, servindo como ponto de referência e apoio ao paciente. Tivemos a oportunidade de passar por esta experiência quando realizamos o acompanhamento perioperatório de pacientes, onde notamos pelos depoimentos dos pacientes no pós-operatório, que este acompanhamento traz maior segurança a eles.

Salzano *apud* Silva (1987, p. 148) relata que: “a visita pré-operatória de enfermagem não está sendo realizada pela enfermeira do Centro Cirúrgico devido ao pequeno número de enfermeiras que atuam nessa unidade e pela sobrecarga técnico-administrativa que se impõe à enfermeira como parte de sua responsabilidade”.

Em nossa pouca experiência em unidade de internação cirúrgica, percebemos que as orientações dadas aos pacientes pela equipe de saúde muitas vezes não são suficientes para diminuir o estresse provocado pela cirurgia. O mau preparo e



insegurança da equipe de enfermagem nas orientações aos pacientes cirúrgicos pode traduzir-se em um dos principais estressores tanto para o paciente quanto para a equipe.

Hojaij e Elsas *apud* Carvalho (1985) ressaltam a importância de melhor preparo da equipe de enfermagem e maior sensibilidade para com as reações do indivíduo diante da experiência de adoecer.

O bom relacionamento entre a equipe de enfermagem, o interesse na busca do aprofundamento dos conhecimentos podem gerar uma maior segurança no desenvolvimento de suas funções.

Segundo Bleger (1984, p. 167), “os grupos de trabalho pequenos favorecem o intercâmbio de idéias, o relacionamento humano, o trabalhar junto, a alegria de poder ajudar o outro”.

### **3.2. BUSCANDO CONHECIMENTO DO PROCESSO DE ENSINO / APRENDIZAGEM PARTICIPATIVO**

Para a construção de nossa proposta de atuação junto aos pacientes cirúrgicos, buscamos suporte também e principalmente na conceituação de ensino-aprendizagem.

Segundo Pontes (1988, p. 23): “a nossa tarefa como profissional de saúde deve ser a de ensinar e aprender e não somente transmitir informações”. O autor ressalta ainda, que devemos aprender a trabalhar de forma participativa, deixando de lado o argumento da autoridade, e que para isso precisamos adotar uma concepção pedagógica participativa que busque a compreensão da realidade que, profissionais e pacientes, querem transformar em direção ao saber.

Na concepção da educação problematizadora de Freire *apud* Martins (1995), “o educando tem liberdade de pensamento, de ação, de decisão, e participa ativamente

de todo o processo educativo. Fundamenta-se numa relação dialógica-dialética, onde ambos aprendem juntos, educando e educador”.

Para Masetto (1989, p. 83), “a aprendizagem se dá quando o educando lhe permite formular problemas e questões que de algum modo o interessem, o envolvam ou que lhe digam respeito”.

Brundage e Mackerracher *apud* Masetto (1989, p. 82) acreditam que “os adultos são capazes de aprender durante toda sua vida. A experiência passada pode ser tanto uma ajuda como um obstáculo para a aprendizagem”.

Assim, o processo ensino-aprendizagem é então entendido por nós como uma “troca de saberes”, uma união de experiências, onde ambos ensinam e aprendem.

### **3.3. BUSCANDO CONHECIMENTO ADMINISTRATIVO**

Segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 3) “o enfermeiro incorpora, em sua formação profissional, o saber de várias ciências, dentre elas, a ciência da administração que contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente na administração do pessoal de enfermagem”.

Entendemos que assistir ao paciente engloba, não somente o aspecto técnico e de apoio emocional, mas também o aspecto administrativo da enfermagem, o que vem garantir o bom funcionamento do serviço e qualidade de assistência. O fato de promover uma assistência planejada e organizada faz com que o serviço seja diferenciado e sirva como referência.

Para Stomer e Freemann (1982, p. 4) “administração é o processo de planejar, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização, e de usar todos os recursos disponíveis da organização para alcançar objetivos estabelecidos”.

Considerando o serviço de enfermagem uma organização, vemos então, que é preciso todo um processo para administrar este serviço. Afirma Kurcgant *et al.* (1991,

p. 23) “(...) que é grande o número, a complexidade e a diversidade das atividades, é evidente a necessidade da divisão e distribuição de trabalho entre os seus elementos (...)”.

Para organizar é necessário então, uma filosofia definida para dar significado e direção a prática de enfermagem; é preciso também saber liderar, com uma certa autoridade para poder comandar a equipe para que executem atividades visando à realização dos objetivos propostos (Kurcgant *et al.*, 1991).

O serviço de enfermagem deve ter um planejamento pois, segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 41), “esta é a função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos que devem ser atingidos; o planejamento envolve, portanto, um conjunto de planos que variam desde o detalhamento das atividades cotidianas até as estratégias políticas a longo prazo”.

Consideramos o aspecto administrativo de suma importância, pois é dentro deste aspecto que se pode conseguir uma assistência de melhor qualidade, bem como obtermos melhores condições de trabalho na enfermagem, buscando no planejamento suporte para as mudanças que desejamos implantar.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1. FUNDAMENTANDO A TEORIA

Segundo Trentini *et al.* (1991), marco conceitual é um conjunto de conceitos e definições interrelacionadas, com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar de modo abrangente.

A teoria escolhida por nós para nortear a proposta assistencial que traçamos vai ao encontro dos objetivos deste trabalho, é a Teoria do Enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984). Os autores definem Enfrentamento como sendo constantes alterações cognitivas e esforços de comportamento para administrar demandas específicas internas e externas que são avaliadas como consumindo ou excedendo os recursos dos indivíduos e que o estressor não está completamente no ambiente nem completamente na pessoa, e que o estresse é produto desta relação.

Lazarus *apud* Martins (1995, p. 9) “destaca que a maneira como o indivíduo avalia ou aprecia a situação afetará as respostas ou estratégias de enfrentamento usadas pelas pessoas”.

Esta teoria diz respeito as formas que o indivíduo utiliza para enfrentar situações de estresse, advindas da relação dele com o meio ambiente.

O estresse psicológico é definido por Lazarus e Folkman (1984, p. 19) como uma “relação especial entre a pessoa e o ambiente que é apreciada pelo indivíduo como desafiadora ou excedendo seus recursos e ameaçando seu bem-estar”.

Já segundo Brunner *et al.* (1994, p. 100) “o estresse é um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa (...). A mudança ou estímulo que provoca esse estado é o agressor”.

Ainda segundo a autora, o agressor tem natureza variada, ou seja, um acontecimento que é estressor para uma pessoa pode não ser para outra e um evento que pode ocasionar estresse em um momento e local para um indivíduo pode não fazê-lo na mesma pessoa em outro momento e lugar. O objetivo desejado é a adaptação, ou ajuste a mudança, de modo que a pessoa readquira o equilíbrio e tenha energia e capacidade de satisfazer as novas exigências externas.

Cada pessoa funciona em um certo nível ou dentro de uma faixa de adaptação. Porém, quando as demandas ambientais extrapolam esta faixa de adaptação a pessoa encontra-se frente ao estressor. Os agressores que provocam estresse podem ser classificados em três grupos: cotidianos ou frustrações de ocorrência comum; ocorrências complexas que envolvem grandes grupos e agressores que ficam entre essas duas classificações, como os que englobam os acontecimentos da vida. E quanto a duração classificados em: agudos, exemplo: a cirurgia; seqüências agressoras, exemplo: série de acontecimentos desencadeados por um evento inicial; fontes de estresse interminante crônicas, exemplo: acontecimentos persistentes. (Brunner *et al.*, 1994).

No caso específico deste trabalho, onde aplicamos o método com pacientes cirúrgicos, cujo o agressor maior é a cirurgia, notamos que esse é classificado como agressor agudo. Agressor agudo segundo Elliot e Eisdorfer *apud* Lazarus (1984), “são estressores limitados no tempo”, ou seja, situações estressantes momentâneas que podem ser resolvidas pelo indivíduo.

Os mesmos autores afirmam que o indivíduo, frente a uma situação de estresse, pode fazer três tipos de avaliação cognitiva que são: primária, secundária e reavaliação.

Na avaliação primária o indivíduo pode atribuir a um evento um significado estressante ou não. Se for considerado estressante pode ser avaliado em: perda, ameaça ou desafio. Perda, dano sofrido pelo indivíduo; ameaça, significa perda antecipada e desafio são novos eventos sujeitos ao domínio.

A avaliação secundária refere-se a avaliação das possibilidades do indivíduo que é capaz ou não fazer, ou seja, enfrentar ou não o evento.

Já na reavaliação o indivíduo tem a capacidade de fazer uma nova avaliação da situação, baseado em uma nova informação acerca da mesma. Estes três tipos de avaliações cognitivas podem ser inconscientes. As crenças e valores, recursos, forças e necessidades da pessoa podem influenciar no processo de avaliação cognitiva e emocional.

A noção que a pessoa tem acerca do mundo e as posições que assume e manifesta através de palavras e ações, traduzem as suas crenças e valores. As forças são recursos internos e externos que a pessoa utiliza para enfrentar o estressor. As necessidades são forças que impulsionam a pessoa a buscar meios de manter harmonia com o ambiente (Hymovich e Hagopian *apud* Alonso, 1994).

As estratégias de enfrentamento ao estressor são definidas por Hymovich e Hagopian (1992) como sistema de membros cognitivos, afetivo ou comportamental com a finalidade de minimizar ou aliviar seus estressores.

Segundo Martins (1995, p. 13):

“No modelo de Lazarus, que é também utilizado por Hymovich e Hagopian (1992), McHaffie (1992) e Nyamathi (1989) são apresentadas duas principais funções de enfrentamento: estratégias focalizadas no problema, que se referem aos esforços realizados para manejar ou alterar o problema ou melhorar a relação pessoa-ambiente e são orientadas para a realidade; e as estratégias focalizadas nas emoções, que são as tentativas de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse sobre o indivíduo. Elas podem ocorrer simultaneamente e podem ser mutuamente facilitadas”.

Com relação ao enfrentamento de pacientes cirúrgicos, encontramos poucos estudos, principalmente no que diz respeito a teoria, que é mais utilizada na área da enfermagem à pacientes com doenças crônicas, isto nos motivou ainda mais a realizar este trabalho utilizando este referencial teórico.

#### **4.2. PRESSUPOSTOS**

Nesta parte do trabalho, apresentaremos nossos pressupostos que deram suporte à nossa prática assistencial.

⇒ Paciente é um ser humano que necessita de cuidados de saúde, sendo participante do cuidado.

⇒ A experiência cirúrgica é um evento estressante, onde cada indivíduo busca maneiras diferentes de enfrentamento.

⇒ Cada paciente percebe o estressor de maneira diferente.

⇒ “O resultado do enfrentamento pode redirecionar a orientação de vida dos indivíduos e também o significado dos estressores”(Trentini e Silva, 1992, p. 77).

⇒ “O enfrentamento pode ser ensinado e aprendido”(Martins, 1995, p. 48).

⇒ A enfermagem deve levar em consideração as crenças e valores do indivíduo na prestação da assistência.

⇒ O enfermeiro deve ser um profissional preocupado em ensinar e aprender, e não, de simplesmente, transmitir informações.

⇒ “Aprendizado é um processo que não tem fim. Sempre temos algo a aprender” (Ribeiro, 1992, p. 95).

⇒ Para obtermos qualidade na assistência de enfermagem é necessário amplo conhecimento técnico, científico, administrativo e relações humanas.

#### **4.3. CONCEITOS**

O marco conceitual que norteou nossa prática assistencial, foi expresso, também, pelos conceitos de ser humano, paciente cirúrgico, saúde, doença, enfermagem, cuidado, estressores, estresse, ambiente, forças, necessidades, enfrentamento e cidadania. Tais conceitos foram fruto das reflexões de outros autores: Martins (1995); Trentini e Silva (1992); Du Gas (1988); Hymovich e Hagopian (1992); Patrício (1990) e adotados por nós para a prática assistencial a que nos propusemos.

O marco conceitual será expresso a partir de alguns conceitos gerais assim descritos:

##### **➤ Ser Humano**

“O ser humano é um ser histórico, intencional, biológico, espiritual, político e ecológico, que está dinâmica e continuamente em interação com seu ambiente e que busca atribuir um significado à sua existência, com capacidades infinitas a explorar,



para decidir enfrentar e transformar a si próprio e a realidade que o cerca” (marco conceitual entre Nucron, Trentini *et al. apud* Martins, 1995).

#### ➤ **Paciente cirúrgico**

É um ser humano que necessita de cuidados de saúde, sendo participante ativo deste cuidado e que experienciando vários estressores decorrentes ou não da situação cirúrgica, podendo vir a submeter-se a uma intervenção cirúrgica.

#### ➤ **Saúde**

“É compreender como uma condição de bem-estar da pessoa expressa a partir da relação harmoniosa com o ambiente, variável de acordo com sua orientação de vida, recursos e necessidades para enfrentar as situações de vida de modo a alcançar a qualidade de vida a que tem direito enquanto cidadão” (Marco conceitual do NUCRON adaptado por Martins, 1995, p. 43).

#### ➤ **Doença**

“É considerada como um evento estressor (perigoso) e que exige, por parte do indivíduo, respostas de enfrentamento” (Martins, 1995, p. 11).

#### ➤ **Enfermagem**

“(…) é concebida como uma profissão da área da saúde que possui um saber técnico-científico e ético, mas que também se coloca comprometida social e politicamente com o ser humano, em qualquer dimensão de vida em que se encontre, na relação indivíduo/coletivo. Utilizar a educação em saúde no seu processo assistencial para concretizar-se enquanto prática social, ou seja, um profissão que se insere no conjunto das práticas sociais com competência técnico-científica, compromisso político social”(Martins, 1995, p. 42).

### ➤ **Processo ensino-aprendizagem**

“é trabalhar de uma forma participativa, deixando de lado o argumento da autoridade, que não cabe na relação profissional de saúde/paciente, é um treinamento longo e às vezes penoso (...). Também implica na adoção de uma concepção pedagógica que privilegie efetivamente os princípios da participação e que juntos, profissionais e pacientes, busquem a compreensão da realidade que querem transformar em direção ao saber” (Pontes, 1988, p. 23).

### ➤ **Cuidado**

É o foco central da enfermagem que procura conciliar conhecimento popular com o científico, compartilhando saberes e tomada de decisões (adaptado de Patrício, 1990).

### ➤ **Estressores**

“É qualquer estímulo que pode sobrecarregar ou exceder os recursos do indivíduo para se adaptar ou executar tarefas e, que exige uma resposta deste indivíduo” (Hymovich e Hagopian *apud* Trentini e Silva, 1992, p. 79).

### ➤ **Ambiente**

É entendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais, econômicas e políticas, em que o homem está inserido e em contínua e recíproca evolução e transformação (adaptado, Martins, 1995).

### ➤ **Forças**

“São recursos ou tudo aquilo que ajuda a pessoa/grupo a ter resultados efetivos ou não, naquilo que deseja. São capacidades disponíveis, seja interna ou externamente ao indivíduo/grupo as quais tem grande influência do enfrentamento dos estressores” (Hymovich e Hagopian *apud* Trentini e Silva, 1992, p. 82).

### ➤ **Necessidades**

“São forças de motivação que impulsionam o comportamento afim de manter consistência interna e harmonia com o ambiente. É algo desejado ou que está em falta e é necessário para alcançar um propósito ou finalidade” (Hymovich e Hagopian *apud* Trentini e Silva, 1992, p. 82).

### ➤ **Enfrentamento**

“O enfrentamento é visto como um processo dinâmico complexo, variando no tempo e espaço e influenciado por vários fatores, resultando em um conjunto de ações conscientes ou inconscientes que o ser humano utiliza quando se depara com situações estressantes, provenientes da relação do homem com o ambiente; o ser humano pode se utilizar de recursos próprios (internos) e/ou recursos ambientais (externos) para solucionar ou minimizar seus problemas” (Lazarus e Folkman *apud* Martins, 1995, p. 40).

### ➤ **Cidadania**

“É a consciência dos direitos e deveres de uma pessoa dentro de uma sociedade e participação desta” (Elsen *et al.*, 1992, p. 110).

## **4.4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL**

A operacionalização do método assistencial foi composta de quatro etapas:

### **Primeira Etapa: Levantamento de dados/histórico**

Num primeiro momento analisamos o prontuário, para conhecer a causa que levou a internação, bem como, o próprio paciente.

Num segundo momento realizamos uma entrevista semi-estruturada, onde utilizamos um roteiro (apêndice 1) como base para identificação de estressores e

estratégias de enfrentamento do paciente. O registro da entrevista foi realizado após a mesma.

### **Segunda Etapa: Diagnóstico de enfermagem**

Realizamos através da identificação e listagem por ordem de prioridades dos estressores e estratégias de enfrentamento não efetivas e investigamos junto ao paciente quais as ações de enfermagem viáveis para auxiliá-lo no desenvolvimento de suas estratégias de enfrentamento.

### **Terceira Etapa: Planejamento das ações**

Estabelecemos a partir dos diagnósticos de enfermagem, num processo contínuo e dinâmico, refletindo as mudanças constantes das condições do paciente, de forma participativa em conjunto com este, tendo como objetivo auxiliá-lo em suas estratégias de enfrentamento ao estressor identificado.

### **Quarta Etapa: Evolução e avaliação**

Efetuamos através de observação do comportamento do paciente frente aos estressores anteriormente identificados, analisando se a habilidade de enfrentamento foi eficaz ou não.

O registro foi diário, enquanto o paciente permaneceu na instituição.

Obs.: Na verdade, estas quatro etapas aconteciam simultaneamente durante a entrevista, porém falamos de cada uma separadamente para melhor compreensão do leitor. O modelo do processo está em anexo (apêndice 2).

## **5. OPERACIONALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS**

### **5.1. DIMENSÃO ÉTICA**

Para a operacionalização dos objetivos procuramos respeitar os seguintes princípios éticos:

1. O estágio foi desenvolvido mediante a autorização da Diretoria do Hospital Dona Helena respeitando os critérios determinados através do convênio firmado entre o hospital e a UFSC.
2. Os objetivos foram elaborados a partir de uma reunião com a participação do orientador e do supervisor onde foram atacadas as necessidades do setor em que o estágio foi desenvolvido.
3. Procuramos apresentar o projeto de estágio, previamente, para todos os profissionais de enfermagem do setor, bem como, para a chefia de enfermagem do hospital.
4. Sempre nos apresentávamos como acadêmicas de enfermagem, aos pacientes, familiares e funcionários da instituição.
5. Respeitamos em todo momento, o direito dos pacientes em querer ou não, ser assistido por nós, bem como, o direito de querer ou não, fazer parte do nosso referencial teórico sobre enfrentamento.

6. Respeitamos, também, o direito dos pacientes em querer ou não falar sobre seus estressores, assim como o direito de querer ou não, saber sobre sua cirurgia.
7. Procuramos, na medida do possível, promover o ser humano no desenvolvimento de sua cidadania através de um processo de ensino-aprendizagem.
8. Em todas as ações de enfermagem por nós desenvolvidas, teve a preocupação constante em não expor o paciente a riscos de vida ou de acidentes.
9. Respeitamos o direito dos funcionários do setor, em querer ou não falar sobre seus estressores, assim como, o direito em querer ou não participar do nosso referencial teórico sobre enfrentamento.
10. Todo o desenvolvimento do projeto teve como preocupação constante o direito e a garantia do anonimato.
11. Todas as informações contidas no estudo, bem como, as fotos e documentos, somente foram divulgadas após consentimento das pessoas (Chefias, equipe, pacientes e outros).
12. Todos os setores do hospital foram visitados, estudados e divulgados neste trabalho, mediante consentimento prévio.
13. Todas as informações, análises críticas e comentários deste estudo teve como objetivo principal, o nosso crescimento e formação profissional, fundamentadas num compromisso de responsabilidade e honestidade.
14. Em todas as situações do desenvolvimento do trabalho e do estágio, procuramos reconhecer as nossas limitações, aceitando críticas e buscando aprimoramento técnico, científico e cultural, em benefício dos pacientes, da equipe e do crescimento profissional.
15. Em todo o momento do desenvolvimento da disciplina, procuramos respeitar os direitos autorais dos trabalhos científicos, livros e outras publicações que foram consultadas.

## 5.2. PLANO DE AÇÃO

### ⇒ Objetivo 1:

**Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, nos estágios pré e pós-operatório, visando o ensino e aprendizagem das estratégias de enfrentamento dos seus estressores.**

#### Estratégias do objetivo:

- Levantar as cirurgias de maior incidência na unidade e selecionar três dentre estas;
- Fazer revisão bibliográfica das cirurgias selecionadas;
- Elaborar um roteiro de orientação das entrevistas do pré e do pós operatório;
- Selecionar os pacientes que irão submeter-se às cirurgias estudadas;
- Fazer entrevistas com o paciente no pré e no pós operatório;
- Identificar junto ao paciente seus estressores e suas estratégias de enfrentamento;
- Listar os estressores e as estratégias de enfrentamento apresentadas pelo paciente;
- Elaborar o planejamento para a ação de enfermagem juntamente com o paciente;
- Ajudar o paciente no desenvolvimento de suas estratégias de enfrentamento;

Avaliação do Objetivo: Este objetivo será alcançado se cada uma das acadêmicas conseguir prestar assistência de enfermagem a, no mínimo, um paciente cirúrgico para cada uma das três cirurgias selecionadas.

### ⇒ Objetivo 2:

**Atuar junto à equipe de enfermagem da Unidade, procurando identificar os estressores do grupo que possam interferir na qualidade da assistência prestada buscando desenvolver estratégias de enfrentamento de forma participativa.**

#### Estratégias do objetivo:

- Manter relacionamento informal com a equipe de saúde e funcionários;

- Fazer levantamento dos principais estressores da equipe de enfermagem através de conversas informais e observação da dinâmica de trabalho;
- Identificar junto à equipe de enfermagem as estratégias de enfrentamento dos estressores apresentados;
- Listar os estressores e as estratégias de enfrentamento apresentadas pela equipe, no mínimo três estressores;
- Elaborar, juntamente com a equipe, o planejamento para a ação de enfermagem junto à equipe;
- Apresentar ao grupo as conclusões sobre o levantamento dos estressores e estratégias de enfrentamento;
- Desenvolver juntamente com a equipe novas estratégias de enfrentamento;
- Participar das reuniões que venham a ser realizadas com os funcionários da unidade;

Avaliação do Objetivo: Este objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem trabalhar e detectar seus estressores e estratégias de enfrentamento.

### ⇒ **Objetivo 3:**

**Coordenar a Unidade C juntamente com a enfermeira supervisora.**

#### Estratégias do objetivo:

- Assistir a passagem de plantão diariamente, priorizando os pacientes que necessitam de maior cuidado de enfermagem;
- Realizar visita diária aos pacientes;
- Acompanhar a evolução dos pacientes;
- Fazer distribuição de atividades entre a equipe de enfermagem;
- Executar atividades técnicas e administrativas da unidade.

Avaliação do objetivo: Este objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem executar as ações de enfermagem relacionadas com a coordenação do setor.



⇒ **Objetivo 4:**

**Conhecer, descrever e analisar o funcionamento do Hospital Dona Helena, da Diretoria de enfermagem e da Unidade C - Clínica-Médico-Cirúrgica, e fazer-se conhecer na equipe de saúde.**

Estratégias do objetivo:

- Fazer revisão bibliográfica sobre a organização do serviço de enfermagem;
- Visitar todos os setores do Hospital fazendo as devidas apresentações da equipe de estágio;
- Conhecer, descrever e analisar a estrutura organizativa e física do hospital, da Diretoria de enfermagem e da Unidade;
- Conhecer, descrever e analisar a estrutura administrativa dos recursos humanos e recursos materiais.

Avaliação do objetivo: Este objetivo será alcançado se as acadêmicas conseguirem realizar uma descrição analítica do funcionamento do Hospital, da Diretoria de enfermagem e da Unidade C, relacionados com a política estrutural diretiva, política de recursos humanos, política de recursos materiais e política assistencial.

### **5.3. CRONOGRAMA**

Para desenvolver as atividades propostas sentimos a necessidade de delimitar o tempo. Elaboramos um quadro, cronograma dos objetivos, para desenvolver cada estratégia, que foram colocadas em prática no prazo de 11 semanas (apêndice 7). Seguimos também um cronograma da disciplina (anexo 4) que nos foi entregue no início do semestre. E, ainda criamos uma escala de atividades diárias do estágio afim de nos organizarmos (apêndice 8).

## ***6. RELATANDO AS ATIVIDADES DE ESTÁGIO***

Neste capítulo passaremos a relatar todas as ações, análises e resultados relacionados ao desenvolvimento do estágio e execução do planejamento.

### **6.1. OBJETIVO 1:**

**Prestar assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, nos estágios pré e pós-operatório, visando o ensino e aprendizagem das estratégias de enfrentamento dos seus estressores.**

Durante as primeiras semanas de estágio nos preocupamos em conhecer o local de estágio, o fluxo de exames e de pacientes, rotinas da unidade, a organização de materiais, bem como a dinâmica do setor.

Para aplicação do processo assistencial sentimos a necessidade de fazer uma revisão dos conceitos de enfrentamento e estressor, bem como, fazer um levantamento das cirurgias mais incidentes na unidade, pois havia uma grande variedade de cirurgias dificultando assim, pelo pouco tempo de estágio, o aprofundamento do nosso conhecimento científico acerca de todas elas.

Selecionamos e estudamos seis cirurgias e os seus cuidados e orientações no pré e pós-operatório. As cirurgias estudadas foram: histerectomia, herniorrafia, hemorroidectomia, colpoperineoplastia, mastectomia e ressecção de varizes.

Fizemos um resumo de cada uma destas cirurgias, englobando pontos básicos como, etiologia, cuidados e orientações no pré e pós-operatório (apêndice 3). A partir destes resumos feitos, repassamos a todos os funcionários a existência destes e colocamos todos em uma pasta própria que ficou na unidade para ser utilizado.

Para aplicação da teoria elaboramos um roteiro de orientação para a entrevista semi-estruturada (apêndice 1) no pré e pós-operatório.

No decorrer do estágio sentimos a dificuldade, em primeiro lugar porque os pacientes neste hospital internam, muitas vezes, cerca de 1 (uma) hora antes da cirurgia, sendo este um curto período para aplicação do processo e identificação de possíveis estressores e estratégias de enfrentamento; em segundo lugar, porque nas semanas programadas para o início da aplicação do processo o número de cirurgias selecionadas diminuiu consideravelmente.

#### 6.1.1. APLICANDO O PROCESSO

Segundo Carvalho *et al.* (1985, p. 32) “Em um hospital geral é comum a existência de pacientes que apresentam distúrbios emocionais (...). O mais freqüente é que estes distúrbios sejam consequência de reação vivencial do indivíduo à doença somática e do próprio processo de hospitalização, acrescido de reações inerentes ao tratamento a que a pessoa é submetida”.

O mesmo autor ainda afirma que o paciente que não encontra canais abertos de comunicação passa a sofrer de distúrbios emocionais consequentes do medo e da angústia que o sentimento de finitude humana desperta.

De acordo com esta afirmação, procuramos identificar e agrupar os estressores e estratégias de enfrentamento evidenciados nos pacientes cirúrgicos, aos quais aplicamos o roteiro de entrevista semi-estruturado. Além do roteiro utilizamos a observação direta do comportamento do paciente através de técnicas terapêuticas de comunicação.

Realizamos este trabalho com 15 pacientes que foram submetidos as cirurgias selecionadas por nós.

Conforme citado por Hays e Larson e Stefanelli *apud* Carvalho *et al.* (1985, p. 36) “Para ajudar o paciente a expressar seus sentimentos e idéias, deve o enfermeiro valer-se de técnicas terapêuticas de comunicação, que incluem: saber ouvir, usar terapeuticamente o silêncio (...)”.

Iniciamos as visitas aos pacientes que iriam submeter-se a uma das cirurgias estudadas, utilizando o prontuário e o roteiro como base. Durante estas visitas procuramos identificar os possíveis estressores e estratégias de enfrentamento utilizados pelo paciente, bem como, se estas eram efetivas ou não. Auxiliamos os pacientes durante as entrevistas quando notamos que as estratégias de enfrentamento não estavam sendo efetivas, utilizando para isso o processo de ensino/aprendizagem, já colocando em ação simultaneamente nosso plano de enfermagem a partir do diagnóstico feito por nós.

Devemos, no entanto, lembrar, como já foi citado anteriormente, que o paciente passa por um processo de avaliação cognitiva, onde faz uma avaliação primária atribuindo ao evento se este é ou não um estressor, uma avaliação secundária para julgar se pode e como pode enfrentar o estressor, e uma reavaliação onde há uma nova avaliação da situação. (Lazarus e Folkman, 1984).

Após cada visita descrevemos e analisamos os depoimentos e o comportamento do paciente, tentando identificar os estressores e as estratégias utilizadas por eles.

A partir dos estressores, levantados de todos os 15 pacientes, procuramos agrupar em categorias, quais sejam:

No **pré-operatório** a categoria levantada foi o medo, que engloba medo de cirurgia, medo de anestesia, experiência negativa anterior, medo de sentir dor, medo de permanecer muito tempo no CC e medo do local da incisão.

No **pós-operatório** as categorias levantadas foram a ansiedade pela alta hospitalar, dor no local da incisão, separação da família e procedimentos invasivos.

As categorias são analisadas a seguir:

### 6.1.2. LEVANTANDO E ANALISANDO OS ESTRESSORES

#### A. Pré-operatório

Durante as visitas realizadas no pré-operatório percebemos que os estressores dos pacientes estavam relacionados com o medo.

Esta categoria foi levantada a partir dos estressores percebidos por nós que foram, medo da cirurgia, medo da anestesia, experiência negativa anterior, medo de sentir dor e medo do local da incisão.

Segundo Silva e Cezareti (1982, p. 36):

“O diagnóstico cirúrgico, a hospitalização e o tratamento cirúrgico são fatores que alteram a segurança emocional, gerando uma série de medos, tais como: medo do desconhecido, medo da anestesia, medo de não acordar mais ou de fazê-lo antes do término da cirurgia, medo de perder a integridade física, medo de perder o autocontrole (relatar segredos), medo da dor, de morrer e outros”.

O medo foi expresso pelos pacientes de maneiras diferentes, através de depoimentos e comportamentos apresentados por eles.

O **medo da cirurgia** foi mais evidenciado em pacientes que ainda não tinham passado por algum tipo de experiência cirúrgica, o que constatou-se através dos seguintes depoimentos:

*“Nunca fiz cirurgia antes, estou com um pouco de medo”.*

*“Só passei pela cesariana, estou preocupada com esta cirurgia”.*

*“(...) é melhor não saber nada, senão fico mais nervosa”.*

Como podemos observar estes depoimentos demonstram medo por estar passando por uma experiência nova e desconhecida o que gera insegurança e ansiedade.

Brunner *et al.* (1994, p. 345) afirma que “o medo do desconhecido é freqüentemente o pior de todos (...). Quanto mais ele tiver conhecimento sobre as possibilidades futuras, tanto melhor será sua adaptação”.

Ainda, segundo Brunner *et al.*, o paciente que já teve uma experiência prévia positiva com a cirurgia poderá estar menos apreensivo. Porém, com uma experiência prévia negativa do paciente ou de alguém próximo poderá agravar os seus temores.

Isto foi constatado através dos seguintes depoimentos:

*“Na minha cirurgia anterior, passei muito mal, vomitei muito e os pontos infeccionaram (...). Fiquei muito tempo internada”.*

*“(...) Minha irmã teve complicação após a cirurgia, isto pode acontecer comigo também”.*

Podemos perceber também, o medo da cirurgia através dos comportamentos dos pacientes, alguns riam durante a conversa, outros mantinham-se calados e outros falavam muito sobre outros assuntos.

Segundo Brunner *et al.* (1994, p. 344) “Os temores são expressos de forma diferente pelas pessoas (...) o receio pode ser expresso indiretamente pelo paciente que faz uma série de perguntas, repetindo-as constantemente, ainda que as respostas tenham sido dadas antes. Em outra pessoa, a reação pode ser de isolamento, evitando deliberadamente a comunicação acerca de trivialidades”.

Outro estressor relacionado ao medo, porém não muito freqüente, foi o **medo da anestesia**, com os seguintes depoimentos:

*“... Mas eu já tenho problema na coluna, será que a anestesia vai piorar este problema?”*

*“Porque eles enfiam uma agulha na coluna (...)”.*

*“Será que vou acordar?”*

*“Quanto tempo vou ficar sob efeito da anestesia?”*

Como podemos notar a anestesia ainda é um estressor para o paciente, pois o local aonde é aplicada a anestesia ainda gera insegurança.

Brunner *et al.* (1994, p. 344) “ressalta que medo da anestesia estava justificado até anos atrás, quando pouco se sabia acerca do controle e do efeito das medicações anestésicas. Porém, com o refinamento dos métodos, o uso de medicações testadas e a habilidade dos anestesiológicos experientes, os riscos se minimizaram. Frequentemente o medo da anestesia é secundário ao medo da dor ou da morte”.

Como notamos pelos depoimentos:

*“Minha vizinha falou que sentiu o corte (...)”*

*“Meu avô morreu durante a anestesia”.*

Notamos nos depoimentos que existe um grande **medo de sentir dor** após a cirurgia. Por exemplo:

*“Depois da cirurgia não vou poder sentar, nem ir ao banheiro, pois este é um local chato” (Cirurgia de Hemorroidectomia).*

*“O pior vem depois (...)”.*

Como podemos perceber pelos depoimentos acima, o paciente tem consciência de que vai sentir dor no pós-operatório, após todos os procedimentos normais de uma cirurgia, onde há incisão, manipulação e sutura, é normal este tipo de manifestação.

Segundo Brunner *et al.* (1994, p. 216) “Talvez seja desejável que o paciente que preveja uma experiência dolorosa tenha um grau moderado de ansiedade em relação à dor eminente, para que fique motivado a encontrar métodos de superá-la”.

Entendemos que a experiência cirúrgica trás muito temores ao paciente, pois este é um acontecimento natural em um procedimento cirúrgico.

## B. Pós-operatório

Notamos que neste estágio da experiência cirúrgica, os estressores do paciente foram basicamente, ansiedade pela alta hospitalar, dor no local da incisão, separação da família e procedimentos invasivos.

Bogossian (1987. p. 20), “cita como agressões na fase pós-operatória as sondagens, os cateterismos, as injeções endovenosas e intra musculares, entre outros”.

Já Birolini *apud* Teixeira (1994, p. 251) diz que “(...) estes procedimentos, embora de pequeno porte, são de natureza invasiva e dolorosa, levando os pacientes muitas vezes a situações constrangedoras, que os agridem tanto física como psicologicamente”.

A nossa experiência com pacientes cirúrgicos confirma estas citações, pois percebemos que procedimentos agressivos tais como: o jejum prolongado; a presença de sondas, cateteres, drenos, tubos e outros; as injeções venosas, intra-musculares e a fluidoterapia; as alterações metabólicas e orgânicas e as imobilização no leito, constitui-se em fortes situações estressantes nesta fase do pós-operatório.

Com frequência estes estressores foram evidenciados pelos seguintes depoimentos:

*“O médico vai dar alta hoje?”*

*“Moro em outra cidade, preciso ir logo para casa, pois tenho filhos pequenos”*

*“Posso tomar banho com a sonda ?”*

*“Sinto dor no local da cirurgia”*

*“Sinto saudades de casa e dos meus filhos”.*

Entendemos que a separação da pessoa amada, dos familiares e das atividades anteriores geram um certo grau de ansiedade no paciente.



### 6.1.3. AUXILIANDO O PACIENTE A ENFRENTAR SEUS ESTRESSORES

Embora o enfrentamento tenha acontecido simultaneamente, quando os estressores eram identificados, sendo um mecanismo natural, optamos por descrevê-los, separadamente para maior entendimento.

Segundo Folkman e Lazarus *apud* Martins (1995, p. 95) “o enfrentamento pode ser considerado como mediador da resposta emocional que o ser humano dá frente à sua nova situação vivencial, ou seja, ao seu problema, na busca de uma condição para sua vida”.

Para Martins (1995, p. 95) “Quando o ser humano passa por uma situação estressante ele faz uma avaliação cognitiva do evento para verificar se o mesmo representa uma ameaça, um desafio ou uma perda. Caso confirmada, ele procura uma opção para tentar eliminar, diminuir ou modificar o estressor”.

Ainda, segundo os autores Lazarus e Folkman (1984) as estratégias de enfrentamento podem ser focalizadas na emoção ou no problema. A estratégia focalizada na emoção procura aliviar o impacto emocional do problema, através de uma ação, que no caso dos pacientes cirúrgicos entrevistados traduziu-se em: choro, permanecer com acompanhante até ir para o centro cirúrgico, fazer pensamento positivo, não querer saber sobre a cirurgia e confiar em Deus.

O enfrentamento focalizado no problema é usado para alterar ou controlar o problema causador de estresse, numa tentativa de solucioná-lo, no caso dos pacientes traduziu-se em: busca conhecimento acerca da cirurgia.

Assim sendo, as formas de enfrentamento utilizados pelos pacientes foram:

#### ⇒ **Busca do conhecimento acerca da cirurgia:**

Este tipo de enfrentamento foi observado a medida que os pacientes questionaram acerca das cirurgias e suas conseqüências. O que podemos comprovar através dos seguintes depoimentos:

*“Quando tempo demora esta cirurgia?”*

*“Pode haver complicação?”*

*“Como é a cirurgia?”*

*“Que tipo de anestesia vai ser feita?”*

*“Eu fico acordada durante a cirurgia?”*

*“Aonde vai ser o corte?”.*

Neste caso os estressores mais evidenciados eram as dúvidas e temores acerca da cirurgia, anestesia, do desconhecido e de sentir dor.

A partir destes depoimentos notamos que as estratégias de enfrentamento eram focalizadas no problema e que os pacientes através dessas indagações solicitavam nosso auxílio no enfrentamento aos estressores.

Procuramos auxiliá-los esclarecendo suas dúvidas quanto a sua cirurgia na medida do possível, sempre trocando experiências e vivências com os pacientes através do processo ensino/aprendizagem.

Segundo Lens *apud* Masetto (1989, p. 93) “para os adultos a aprendizagem está intimamente associada à experiência (...). A busca de significado é fundamental para toda a aprendizagem; cada experiência pessoal é única”.

Através do esclarecimento de dúvidas dos pacientes e da troca de idéias com eles, percebemos que o estressor era minimizado ou transformado como notamos pelos depoimentos:

*“Pensei que esta cirurgia era mais demorada!”*

*“(...) agora estou mais calma, pensei que seria maior (a incisão)”.*

*“Ah! então já vou meio dormindo pro centro cirúrgico?! (quanto ao pré-anestésico)”*

Baker e Chapman *apud* Lazarus e Folkman (1984, p. 147), salientam que “existem 3 (três) estágios de eventos que são: de antecipação ou aviso, impacto ou confrontação e pós-impacto ou pós-confrontação”.

Lazarus e Folkman (1984, p. 20) afirmam que:

*“Durante a antecipação o evento ainda não ocorreu e as questões dominantes a ser avaliadas incluem se ele acontecerá, quando ele ocorrerá, e o que acontecerá (...). Enquanto as pessoas esperam por uma ameaça antecipada, seus pensamentos sobre estes assuntos afetam as reações de estresse e o enfrentamento (...). Eles usam estratégias de enfrentamento tais como distanciando-se psicologicamente, procurando informações que poderiam revelar-lhes algo relevante sobre outras estratégias de enfrentamento que poderiam ser praticadas (...).”*

Portanto, podemos concluir que os temores estavam relacionados com a antecipação do evento e com a aplicação das estratégias de busca da informação sobre os seus temores, o estressor foi minimizado ou transformado à medida que nós utilizamos o processo de ensino/aprendizagem.

⇒ **Não querer saber da cirurgia:**

O distanciamento psicológico referido anteriormente como estratégia de enfrentamento também foi evidenciado por nós quando os pacientes referiam não querer saber nada sobre a cirurgia.

Notamos isto a partir de depoimentos como:

*“Não sei.... Acho melhor não saber nada”.*

*“O médico sabe o que faz”.*

Conforme citado por Valle (1990, p. 79):

*“É preciso que se atente para o fato de não aumentar a ansiedade daquele tipo de paciente que não deseja obter muitas informações sobre a intervenção cirúrgica a ser realizada, daí a importância da enfermeira, utilizando os conhecimentos do método científico (...) identifique e faça a distinção entre os pacientes, visando prepará-los de forma adequada de acordo com suas percepções e expectativas (...).”*

Apesar disso, fundamentadas nos conceitos de desenvolvimento da cidadania e da promoção do ser humano na sua totalidade, tentamos despertar a curiosidade dos pacientes acerca da experiência cirúrgica.

No entanto, alguns questionamentos nos levaram a refletir. Será que o paciente não está mesmo querendo saber por falta de curiosidade e interesse, ou será que este é um enfrentamento focalizado na emoção em que o paciente tende a fugir do problema.

Por outro lado, esta reação pode ser um reflexo cultural em que as crenças e valores podem influenciar, sobremaneira, na decisão e na vontade do paciente, muitas vezes fazendo-o submeter-se a determinações das instituições de saúde, ao “poder” do médico e as decisões da equipe de saúde.

Segundo Pontes (1988, p. 23) “As vezes queremos preencher as pessoas com um conteúdo que não se relaciona com a sua realidade e necessidade”.

⇒ **Choro:**

Outra forma de estratégia de enfrentamento bastante utilizada pelos pacientes foi o choro, como estratégia focalizada na emoção.

Para Brunner *et al.* (1994) e Du Gas (1988), o choro é uma resposta emocional que, geralmente denota sentimento de impotência do paciente para manejar seus problemas.

Consideramos aqui o choro do paciente como estratégia de enfrentamento focalizada na emoção para alívio do impacto emocional causado pelo estressor. Intervimos auxiliando-os na sua verbalização através de questionamento como:

*“O que lhe deixa tão ansioso?”*

*“Gostaria de falar sobre o assunto?”*

E também através de comunicação não-verbal, simplesmente ficando ao lado do paciente, colocando a mão sobre seu ombro ou segurando sua mão tentando passar estímulo e segurança a ele, aguardando que de alguma forma ele viesse a desabafar.

⇒ **Atribuindo significado positivo a um evento negativo:**

Alguns pacientes referiam enfrentar seu estressor atribuindo um significado positivo ao evento negativo, no caso a cirurgia, ou simplesmente fazendo pensamento positivo, o que constata-se pelos depoimentos:

*“É melhor ficar mais dias, mas sair bem pra não precisar voltar (...)”*

*“É chato fazer (cirurgia), mas vai ficar bom (...)”.*

*“No fim dá tudo certo”.*

Conforme Lazarus e Folkman (1984, p. 150) “um grande grupo de formas de enfrentamento focados na emoção consiste de processos cognitivos dirigidos a reduzir o sofrimento emocional e inclui estratégias como a abstenção, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas, e tirar valores positivos de eventos negativos”.

Acreditamos que este tipo de enfrentamento focalizado na emoção era efetivo para o paciente uma vez que não necessita de auxílio nesta situação.

⇒ **Permanecer com um acompanhante:**

Permanecer com um familiar até o momento de ir para o centro cirúrgico foi uma estratégia freqüentemente utilizada pelos pacientes e focalizada na emoção.

Segundo Brunner *et al.* (1994) o paciente sente-se menos ansioso quando junto da pessoa amada e do apoio da família.

Outra forma de enfrentamento freqüentemente utilizada foi confiar em Deus, ou seja, colocar em prática sua espiritualidade, o que ficou claro através das observações de bíblias nos quartos, mensagens bíblicas e visitas de pastores e padres aos pacientes, e também de depoimentos como:

*“Se Deus vai me levar até o centro cirúrgico, vai me trazer de volta (à unidade)”.*

*“Se Deus quiser vai dar tudo certo”.*

Segundo Brunner *et al.* (1994, p. 345) “Independente da filiação religiosa do paciente, o enfermeiro reconhece que a fé em um poder superior pode ser tão terapêutica quanto a medicação. (...) A fé encerra grande força de sustentação; assim as crenças de cada paciente devem ser respeitadas e apoiadas”.

Conforme Hense (1988, p. 16) “O reconhecimento de um ser superior ameniza a experiência para o paciente cirúrgico já que Deus geralmente está de alguma forma associado à explicação encontrada para o fato de estar vivendo tal situação, é nele também que ele deposita sua maior confiança e encontra o apoio ou ajuda espiritual desejada”.

Este tipo de estratégia espiritual focalizada na emoção pareceu-nos efetivo uma vez que não necessitou de auxílio neste aspecto.

#### 6.1.4. VISITA AO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DE JOINVILLE (SAJ)

Durante as entrevistas com os pacientes notamos que o medo da anestesia não era o estressor mais evidente como ocorre geralmente em uma clínica cirúrgica, por isso sentimos a necessidade de conhecer o serviço que atendia o paciente antes da sua internação e que poderia estar aliviando o estressor deste paciente.

O SAJ é constituído por 28 médicos anestesiológicos que prestam atendimento a todos os hospitais e clínicas da cidade de Joinville em período integral, durante todos os dias do ano. Este serviço está localizado na Rua Sai, nº 30, Centro, sendo um serviço pioneiro no Estado.

Percebemos que o paciente interna para cirurgia trazendo consigo a avaliação realizada pelo anestesista, onde consta além de dados de identificação, um pequeno histórico das cirurgias anteriores, alergias, outras patologias, exame físico e estado geral do paciente. Este paciente fica cadastrado através do computador do serviço para posteriores consultas.

Nesta ficha de avaliação também consta o nome do cirurgião, o tipo de cirurgia, horário, preparo do paciente e uma segunda folha que é usada pelo anestesista durante a cirurgia, onde anota a evolução do paciente.

Segundo Salzano (1986, p. 74) “O tempo dedicado pelo anesthesiologista à visita pré-anestésica pode constituir-se em poderoso instrumento para abater a tensão emocional que se apossa do paciente no período pré-operatório”.

Na visita que realizamos, conhecemos o fluxo de paciente, que ao chegar ao serviço já recebe um folheto explicativo (anexo 1). Anestesia tem risco? Neste folheto constam informações sobre o que é anestesia, quais os riscos, como evitar o medo, por que as pessoas têm medo, quem são os médicos anestesistas, o que ele faz e o que é o SAJ.

Quando o paciente entra no consultório para a avaliação do anestesista, julgamos que se encontra apto para tirar dúvidas e debater o assunto com o anestesista.

Com todas estas informações o SAJ visa dar maior segurança ao anestesista, pois saberá quem está atendendo, visa também, minimizar o estressor acerca da anestesia e despertar no indivíduo a sua cidadania, pois toda pessoa tem o direito de entender um pouco do processo pelo qual vai se submeter.

#### 6.1.5. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Consideramos alcançado este objetivo uma vez que conseguimos prestar assistência de enfermagem a 15 pacientes no total e não somente 06 pacientes para as duas acadêmicas, como havia sido previsto.

## 6.2. OBJETIVO 2

**Atuar junto à equipe de enfermagem da Unidade, procurando identificar os estressores do grupo que possam interferir na qualidade da assistência prestada e buscando desenvolver estratégias de enfrentamento de forma participativa.**

Durante todo o estágio tentamos manter um bom relacionamento com a equipe observando sempre a dinâmica de trabalho.

Não encontramos dificuldades no entrosamento com a equipe, sendo que esta sempre se mostrou muito receptiva e interessada em nosso trabalho.

Nas primeiras semanas, para conhecermos melhor o funcionamento da unidade e a localização de materiais e exames, nos dividimos de maneira que cada uma de nós ficasse acompanhando e auxiliando um funcionário, alternando a cada dia.

Fazendo este acompanhamento aos funcionários tentamos levantar estressores comuns ao grupo.

Com o desenvolver do estágio sentimos a dificuldade de reunir o grupo todo fora do horário de estágio uma vez que cada um tinha seus compromissos fora do hospital e não pretendíamos impor a presença dos funcionários.

Para que esse objetivo pudesse ser cumprido utilizamos a estratégia de nos infiltrarmos nos sub-grupos que se formavam quando na preparação de alguma medicação ou nos horários mais calmos onde eles ficavam no posto. Com isto conseguimos debater e refletir sobre assuntos de interesse dos funcionários e levantar alguns estressores e estratégias de enfrentamento da equipe.

Para conseguirmos comprovar a existência desses estressores e levantarmos outros que ainda não havíamos identificado, utilizamos uma outra estratégia que foi a de distribuir folhas aos funcionários com as seguintes questões: “Pontos positivos da Unidade C e o que precisa mudar?” (apêndice 4).

Este método teve boa aceitação por parte dos funcionários, tendo um retorno quase imediato.



Com a análise das respostas, pudemos levantar os estressores comuns, ao grupo, listá-los e identificar a competência para a resolução de cada um.

#### 6.2.1. LEVANTANDO E ANALISANDO OS ESTRESSORES E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS

A partir da observação da dinâmica de trabalho dos funcionários, comportamento deles frente às situações que apareciam na unidade, depoimentos informais e das respostas do questionário sobre o que precisa mudar na unidade, pudemos levantar os estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos funcionários, listá-los e debatê-los com eles, procurando dar encaminhamento ao que estava ao nosso alcance.

Os estressores encontrados foram: número insuficiente de maqueiros para o transporte de pacientes, divisão inadequada de tarefas, medicação controlada prescrita mas sem receita, receio em fazer a limpeza do expurgo, tratamento diferenciado entre funcionários e desorganização do posto.

O **número insuficiente de maqueiros** para o transporte de pacientes é relatado pelos funcionários como o estressor maior, pois faz com que muitas vezes eles precisem levar os pacientes sob sua responsabilidade para fazer exames ou para o centro cirúrgico, o que segundo eles atrapalha a dinâmica de trabalho atrasando os cuidados aos outros pacientes aos quais são responsáveis. O que podemos perceber pelos seguintes depoimentos:

*“A gente se atrasa toda com essa função de levar paciente para lá e prá cá ... isto é coisa de maqueiros fazer!”*

*“... tem pouco maqueiro, isso atrapalha o serviço da gente”.*

O enfrentamento a este agressor, comumente utilizado por eles, é o de pedir ajuda nesta tarefa a um colega de trabalho que eventualmente esteja menos ocupado com pacientes no momento, e também a estratégia de queixar-se aos colegas sobre as dificuldades que esta tarefa trás a seu trabalho. Exemplo:

*“Será que você podia assumir o meu paciente do quarto 210 enquanto vou até o Raio X levar o paciente do 211?”*

Notamos que esta estratégia é focalizada na emoção e no problema.

Quanto a este estressor, em debate realizado com os funcionários para vermos os encaminhamentos a serem dados, chegamos a conclusão em conjunto com eles que a competência para a resolução deste problema está nas mãos da administração do hospital e que poderíamos através da enfermeira da unidade dar encaminhamento a esta questão.

Por isso, este estressor que para ser solucionado tinha que passar pela administração geral do hospital, foi listado e entregue à enfermeira chefe da unidade para que fizesse os devidos encaminhamentos.

A **distribuição inadequada de tarefas** também é considerada pelos funcionários como um estressor, uma vez que a escala atual de serviço é considerada cansativa (anexo 06). Questionamos a eles se era o número de leitos por funcionários que causava este estresse e tivemos como respostas:

*“O que cansa não é o número de leitos, porque todos nós temos praticamente o mesmo número ... o que cansa e atrasa o serviço é quando a gente pega quartos que são apartamentos, onde geralmente internam pacientes que exigem mais de nós, e também pega uma tarefa pesada como AGR (aguarde de pacientes para a cirurgia), onde você tem que, além de tudo, preparar o paciente para a cirurgia ... fazer tricotomia, fleet-enema, dar camisolas, ... e isso toma um tempão da gente”.*

*“Eu acho que quem fica com os apartamentos deveria ficar com uma tarefa mais leve, como a organização do posto 1 ou posto 2 e quem fica*

*com os quartos coletivos poderia pegar uma tarefa mais pesada como o AGR”.*

Como notamos a estratégia de enfrentamento utilizada é focalizada na emoção, quando eles desabafam conosco ou entre eles, e ao mesmo tempo focalizada no problema, quando tentam resolvê-lo pedindo auxílio a nós. Consideramos então que as estratégias por eles utilizadas não estão sendo totalmente efetivas.

A partir desta respostas, procuramos juntamente com eles a solução para este problema, perguntando como eles sugeriam uma melhor distribuição. A resposta de consenso foi:

*“Colocar as tarefas mais pesadas, como o AGR e a sala de curativos, na escala junto com os quartos coletivos que dão menos trabalho e ficam mais próximos à sala de curativos e à sala de AGR, e as tarefas mais leves como o mapa de dietas e arrumação do expurgo, do posto 1 e 2 com quem está nos apartamentos”.*

Portanto, obtivemos uma resposta afirmativa de todos, então juntamente com eles montamos uma nova escala de serviço que contemplasse com as alterações propostas por eles (apêndice 5 e 6). Fizemos a mesma dinâmica com os funcionários da tarde, apesar de nosso estágio ter sido no período matutino. Com o rascunho desta escala nova pronto apresentamos este a enfermeira chefe que analisou e aprovou a mesma, a partir de então esta nova escala foi adotada na unidade.

Consideramos que auxiliamos os funcionários nessa estratégia de enfrentamento enfocando-a diretamente no problema.

A **medicação controlada prescrita mas sem receita**, também foi levantada como um grande estressor que faz com que os funcionários percam tempo procurando pelos médicos que receitem esta medicação para que possam atender a prescrição do paciente, o que verificamos através de depoimentos como:

*“Falta receita para os controlados, por quê? Se está sendo prescrito na prescrição médica”.*

*“A falta de receitas dos controlados faz a gente ficar na dependência de correr atrás de médico”.*

A forma de enfrentamento utilizada por eles, neste caso, é focalizada na emoção, ou seja, conseguir a receita médica para a medicação controlada, mas para isto precisam “correr” o hospital todo atrás do médico que prescreveu a medicação ou de algum outro médico intensivista que se disponha a dar uma receita para esta medicação. Notamos que esta situação causa revolta nos funcionários pela perda de tempo que trás.

Questionamos a eles se não seria interessante colocar um aviso aos médicos para que lembrassem de deixar receita para as medicações controladas, e tivemos como resposta:

*“Ah, não adianta ... colocaram não sei quantos avisos colados ali no lugar onde eles sentam pra prescrever ... não adianta”.*

Então, o que pudemos fazer no sentido de auxiliá-los nesta questão foi passar à enfermeira chefe esta situação que estava estressando tanto os funcionários e obter dela o compromisso de discutir com a chefia geral de enfermagem para ver o que poderia ser feito à respeito.

A **limpeza do expurgo** foi levantada como estressor por colocar em risco a integridade física e saúde dos funcionários no sentido de expô-los ao risco de contaminação. Isto fica claro pelo depoimento:

*“O expurgo não deveria ser limpo pelo pessoal de enfermagem, não por comodismo, mas sim pela própria prevenção de infecções”.*

Na verdade a limpeza do expurgo é feita em parceria com um funcionário da limpeza, onde este é responsável pelos hampers e organização das soluções desinfetantes e o funcionário de enfermagem é responsável pela limpeza de comadres, papagaios, cubas e bacias além de organização destes. Como a competência para a

busca de resolução deste estressor está nas mãos da chefe de enfermagem da unidade, esta questão foi repassada a ela para dar o devido encaminhamento.

A estratégia de enfrentamento utilizada pelos funcionários está focalizada na emoção, desabafar e queixar-se com as acadêmicas e entre eles mesmos.

Acreditamos que realmente esta tarefa deva ser refletida pela chefia, uma vez que além de colocar o funcionário em risco de contaminação, proporciona a possibilidade de infecções cruzadas na unidade.

O **tratamento diferenciado entre funcionários** foi um estressor levantado, porém, não tão exacerbado no grupo. Foi evidenciado através de depoimentos como:

*“Todos os funcionários devem ter as mesmas chances e regalias, não apenas alguns, como vem acontecendo”.*

*“Somos todos iguais ... Por que alguns são mais bajulados?”*

Como acreditamos que esta é uma questão pessoal, e nos sentimos impotentes para resolvê-la, procuramos não nos envolver muito, no entanto, passamos à chefia da unidade que esta situação vem causando insatisfação e inimizade entre os funcionários.

A **desorganização do posto de enfermagem** foi também levantada como estressor através do depoimento:

*“... se tirou do lugar, guarde!”*

*“Todo dia de manhã é papel para tudo que é lado ...”.*

A estratégia neste caso é focalizada na emoção.

Auxiliamos os funcionários da unidade a enfrentar este estressor, através de reflexões acerca do dinamismo que o serviço passa a ter quando o posto está organizado. A enfermeira chefe da unidade também auxiliou neste enfrentamento colocando na escala de serviço dois funcionários que ficam com os quartos coletivos, como responsáveis pela organização do posto.

### 6.2.2. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Consideramos que naquilo que nos foi possível e na medida que fomos solicitadas, auxiliamos os funcionários da unidade no enfrentamento de seus estressores, conseguindo, ao nosso ver, atingir o objetivo ao qual nos propusemos.

### 6.3. OBJETIVO 3

**Coordenar a Unidade C juntamente com a enfermeira supervisora.**

#### 6.3.1. CONCEITUANDO E ANALISANDO LIDERANÇA E COORDENAÇÃO

A liderança em enfermagem não difere de outras áreas, por isso a enfermagem pode buscar conhecimentos em outras áreas como a própria administração, sociologia e outras.

Para o enfermeiro, é importante que ele tenha o seu próprio conceito de liderança, pois cada pessoa possui características diferentes, cada um tem seu estilo de liderar e também de influência do poder no processo de liderança.

Segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 165) “liderança é um processo que concretiza a administração de pessoal nas organizações, trata basicamente da condução e coordenação de grupos”.

A liderança pode ser dividida em 3 (três) formas: liderança autocrática, quando todo procedimento é determinado pelo líder, onde o grupo não participa; liderança liberal, quando as decisões são individuais, não havendo interferência do líder; e

liderança democrática, quando as decisões são tomadas após discussões grupais com o líder, onde as tarefas são planejadas (Kurcgant *et al.*, 1991).

Percebemos que na Unidade C a liderança é, basicamente, democrática, pois quando há algum problema para resolver ou discutir, este é colocado em reuniões com todos os funcionários. Com este tipo de liderança entendemos que a enfermeira, como líder, consegue desenvolver no grupo a determinação, a responsabilidade e a criatividade dos membros. Ressaltamos porém que em alguns momentos há uma autocracia necessária, pois a própria filosofia do hospital considera o nível de atendimento como um dos pontos básicos, onde o enfermeiro torna-se quase que exclusivamente responsável, isto pode explicar a freqüente adoção deste estilo.

Através da aplicação de um questionário, podemos constatar que a equipe de enfermagem da Unidade C considera o relacionamento entre os funcionários e a facilidade de comunicação com a chefia, como um dos pontos positivos do setor.

Liderar também é coordenar, conforme já conceituamos, por isso que a falta de coordenação em uma unidade hospitalar ou mesmo em qualquer outro serviço, faz com que os funcionários percam a visão de seus papéis, tendo que buscar o que precisam em seus próprios interesses e conhecimentos.

Stomer e Freemann (1992, p. 237) afirmam que “coordenação é o processo de integrar objetivo e de realizar com eficácia os objetivos da organização”.

Entendemos que a equipe de enfermagem é o perfil da enfermeira (coordenadora), sendo que a coordenação influencia na maneira como os funcionários percebem a organização e o papel que representam dentro da instituição, bem como, a mesma maneira que os indivíduos se relacionam entre si (Stomer e Freemann, 1992).

Consideramos que coordenar em Enfermagem é muito mais do que delegar tarefas, cuidar da burocracia ou simplesmente ter o título de “líder” de um grupo. A real função da coordenação é como uma atividade coletiva, democrática e que inclui uma relação de “pensar junto” e de “fazer junto”, estando lado a lado com a equipe de enfermagem.

### 6.3.2. DESCREVENDO AS AÇÕES ASSISTENCIAIS

Acreditamos que a assistência de enfermagem ao paciente é a principal função desempenhada pelo enfermeiro e que deve ser esta a norteadora do trabalho da enfermagem. Esta nossa crença é confirmada quando Mendes (1985, p. 259) refere que “A função do enfermeiro é essencialmente assistencial e da administração dos serviços é atividade meio para que a primeira se efetive (...)”.

Por isto, durante o nosso estágio procuramos desempenhar esta função com responsabilidade e dedicação. Participamos e realizamos desde as passagens de plantão até as técnicas mais complexas que surgiram na unidade, como passamos a descrever a seguir:

A assistência de enfermagem prestada pela equipe é informal, não existe uma metodologia assistencial. No entanto, a distribuição das atividades obedecem a um sistema integral de atendimento ao paciente. Esta distribuição é apontada pela equipe como um dos pontos positivos do setor, pois atende o paciente na sua integralidade e não por partes como o sistema funcional de distribuição por tarefa.

A passagem de plantão é realizada sempre 10 (dez) minutos antes do término do turno, ou seja, no caso da manhã às 06:20 h e no caso da tarde às 12:20h.. É realizado pelos funcionários, onde cada um expõe as informações necessárias acerca dos pacientes que ficaram sob sua responsabilidade no período, nome do(s) médico(s) responsável(eis), patologia, cirurgia que realizou ou realizará, medicamentos mais importantes usados e exames solicitados. Participamos de todas as passagens de plantão da manhã e tarde durante as 11 (onze) semanas de estágio, procurando sempre contribuir com informações importantes ou necessárias acerca dos pacientes.

Conforme Jorge (1974, p. 150) “A passagem do plantão deve focalizar o cuidado do paciente, que depende da filosofia do cuidado de enfermagem, e a informação deve ser correta, concisa e clara. O conhecimento do processo da comunicação e de



sua efetividade é de grande importância para a enfermeira; comunicação efetiva é a chave do êxito da coordenação de suas atividades”.

Observamos que a passagem do plantão realizada na unidade é clara e concisa, passando as informações necessárias acerca do paciente.

No entanto, ressaltamos que, como é feita no posto de enfermagem, sofre interrupções constantes por ruídos como telefone, campainha e outros, desviando a atenção dos funcionários.

Após cada passagem de plantão, auxiliamos aos funcionários na realização de técnicas de enfermagem ajudando-os ou assumindo a realização das técnicas, que foram desde as mais simples até as mais complexas, como: troca de soro, pequenos curativos, retirada de pontos, retirada de sondas, arrumação de leitos, banhos, punções venosas com abocath, passagem de sondas vesical, nasogástrica e naso-enteral.

Após o banho e as primeiras técnicas realizadas, como medicação e verificação de sinais vitais pelos funcionários, realizamos, todas as manhãs, visita aos pacientes, (com ou sem enfermeira), onde conversamos com eles, buscando sempre ouvi-los e atendê-los no que fosse possível e aproveitando para nos apresentar a eles e observar se a prestação de cuidados estava sendo eficaz. Com estas visitas conseguimos uma visão do quadro do paciente, ou seja da evolução dele.

Observamos que a maneira como a visita é realizada satisfaz os pacientes, uma vez que sentem-se valorizados e podem esclarecer suas dúvidas e preocupações. Para nós é importante, pois através dela conhecemos todos os pacientes que estavam sob nossa responsabilidade.

Buscamos sempre estar atentas a tudo o que acontecia na unidade, tendo sempre uma noção geral acerca dos pacientes e dos cuidados que cada um exigia.

### 6.3.3. DESCREVENDO AS AÇÕES ADMINISTRATIVAS

Segundo Trevizan *et al.* (1989, p. 35) “... a administração da assistência tem como centro o paciente, é orientada para a assistência e envolve o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo pessoal auxiliar, visando o atendimento das necessidades que os pacientes apresentam”.

Fundamentadas nesta afirmação, consideramos que a administração de uma unidade é uma tarefa importante e que exige esforço e conhecimento pela pessoa que administra.

Esta é uma função muito importante desenvolvida pela enfermeira, e sua formação é toda voltada para o bom desempenho desta atividade, o que a diferencia dos demais membros da equipe de enfermagem e de saúde, pelo saber científico das funções técnicas, administrativas e assistenciais que desempenha.

Acreditando nisto, é que procuramos desenvolver atividades administrativas, o que ao nosso ver, nos dá mais segurança para o desempenho do papel ao qual nos propomos a assumir.

Durante o estágio procuramos desenvolver todas as atividades administrativas (com ou sem a enfermeira) que apareceram, desde internações e altas de pacientes, evento corriqueiro na unidade pela alta rotatividade, até distribuição de tarefas, encaminhamentos de exames, solicitação de consertos de patrimônio e outros, contato com médicos, clínicas e com familiares.

### 6.3.4. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Consideramos este objetivo alcançado, pois conseguimos coordenar a unidade C juntamente com a enfermeira supervisora.

## 6.4. OBJETIVO 4

**Conhecer, descrever e analisar o funcionamento do HDH, da Diretoria de enfermagem e da Unidade C - Clínica médico-cirúrgica, e fazer-se conhecer na equipe de saúde.**

### 6.4.1. CONHECENDO O AMBIENTE HOSPITALAR

#### 6.4.1.1. Ambiente físico e arquitetônico

Takito e Valente (1983, p. 135), acreditam que: “a simples menção da palavra ‘hospital’ nos sugere um quadro de um edifício que não é bonito, com longos corredores, paredes e tetos brancos, salas operatórias azulejadas de branco ou no máximo em tom verde claro, utensílios reluzentes, uniformes brancos, enfim, o ‘branco’ representando a higiene hospitalar”..

O HDH tem uma estrutura mista, sendo a parte antiga do hospital um prédio de dois andares e a parte nova que tem uma estrutura de cinco andares.



Prédio antigo do Hospital Dona Helena (HDH)

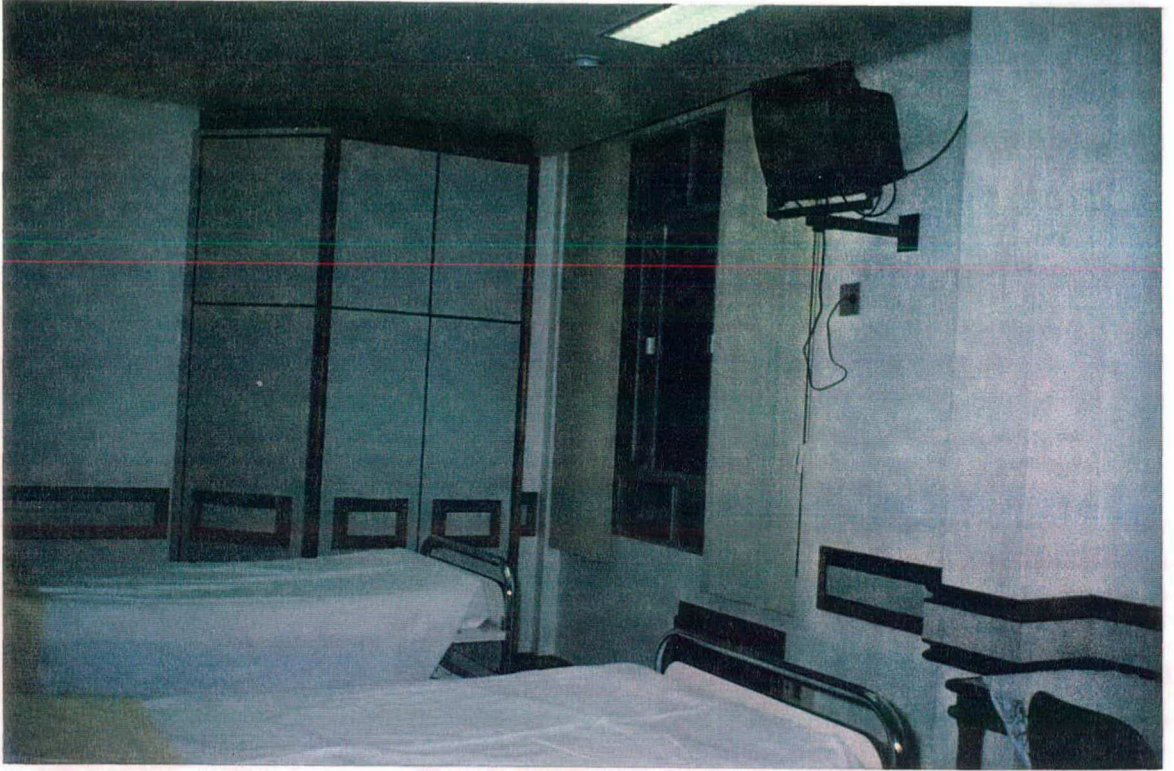


Vista da frente do HDH, prédio atual

O Hospital está passando por uma reforma, onde várias alas já estão modernizadas, com equipamentos e quartos requintados, diferente dos hospitais convencionais. Certas alas do hospital já estão com uma nova decoração, com uma mistura de cores novas, cinza claro e azul escuro.

O hospital é bem iluminado, arejado, com janelas amplas, os quartos possuem foco de luz na cabeceira, além da iluminação do teto, possuem também comunicação via interfone com a enfermagem (alas que já passaram por reforma), tudo para o melhor conforto do paciente.





Apartamento tipo "A" da Unidade C





Os banheiros também são todos voltados para o bem estar do paciente, possui portas largas de fácil acesso, com chuveirinhos próximos ao vaso sanitário e corrimão para melhor segurança.



Banheiro do quarto de internação

Como vimos acima, e também segundo os autores Takito e Valente (1983, p. 135), “este tabu de que hospital é feio e escuro já não se nota nos hospitais de hoje onde o projetista fazendo bom uso da psicologia das cores, conjugado com o estudo das texturas dos diversos materiais, consegue introduzir no ambiente hospitalar o mesmo aconchego do lar, aquele bem-estar de que tanto necessitam o paciente e a equipe de trabalho, sem prejudicar a boa técnica, limpeza e desinfecção”.



Vista parcial da Unidade C reformada.

Os mesmos autores afirmam que com a sofisticação devemos ter o cuidado de não permitir a deteriorização do relacionamento humano das pessoas que convivem no ambiente hospitalar, pois a sofisticação demasiada, sem o cuidado acima, conduz o paciente a um estado de insegurança e angústia, prejudicando seu tratamento, apesar dos recursos colocados à sua disposição, justamente pela carência de maior contato humano.

Na parte antiga do hospital localiza-se a clínica pediátrica (ala A), a capela, o CAAH (Conselho de Avaliação da Assistência Hospitalar), uma sala de reuniões e no

andar térreo o CDI (Centro de Diagnóstico e Imagem) e o pronto atendimento do hospital (PA).

Na parte nova, que está interligada a parte antiga, localizam-se: no subsolo estão o necrotério, o setor de arquivamento e laudo do RX, o departamento pessoal, o vestiário dos funcionários e uma pequena agência bancária; no andar térreo estão a recepção, a lanchonete, a administração, a farmácia, a lavanderia, a rouparia, a manutenção, o setor de compras, o almoxarifado, o serviço de nutrição e o refeitório.

Ainda no primeiro andar estão a maternidade (ala B), o berçário, o CO (Centro Obstétrico), a sala de fisioterapia, uma sala de estudos e a chefia de enfermagem. No segundo andar estão as clínicas médico-cirúrgicas (alas C e D). No terceiro andar estão a UTI, o CC (Centro Cirúrgico), o CME (Centro de Material e Esterilização) e a clínica médica (ala E). No quarto andar estão as salas de reuniões e eventos.

A área total construída do HDH é de 15.1993,00 m<sup>2</sup> e a área total coberta é de 15.343,00 m<sup>2</sup> e já existe um projeto de ampliação do hospital para o início dos próximos meses.

#### **6.4.1.2. Ambiente estrutural diretivo e organizacional**

Segundo definição do Ministério da Saúde (1986, p. 27):

“o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral curativa e preventiva. O hospital geral é destinado à atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas e é de grande porte quando possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos”.

O HDH é um hospital geral, privado, com corpo clínico aberto, mantido pela Associação Beneficente Evangélica de Joinville e que oferece 178 leitos distribuídos nas clínicas médica, médico-cirúrgicas, pediátrica, maternidade, berçário, UTI e PA. Presta assistência através de convênios de saúde e a particulares, não atendendo pelo



SUS. Os serviços de saúde conveniados ao hospital são vários, dentre eles UNIMED, Saúde Bradesco, MULTIBRAS, AMIL, entre outros.

Segundo Stomer e Freemann (1992, p. 230):

“organização são duas ou mais pessoas trabalhando juntas e de modo estruturado para alcançar um objetivo específico de um conjunto de objetivos. Para haver uma organização é preciso ter objetivos e métodos para alcançá-los. Todas as organizações precisam de líderes ou administradores com responsabilidade de ajudá-los a alcançar seus objetivos. Estes administradores planejam, organizam, lideram e controlam o trabalho dos membros da organização para alcançar objetivos estabelecidos”.

Dentro de uma organização hospitalar é preciso definir objetivos, que são em torno da assistência ao paciente, filosofia, o volume de complexidade das atividades a serem executadas, os recursos disponíveis, as características desejáveis na estrutura e o regimento.

A filosofia é importante porque define crenças e valores de um grupo e contém vários conceitos, como ser humano, saúde e qualidade de assistência. (Horr *apud* Meurer, 1990). A filosofia dá ao homem, portanto, uma visão de mundo e de suas relações nele; mas para que esses fundamentos sejam capazes de refletir-se na prática, torna-se necessário que o homem defina os seus objetivos.

O hospital possui uma filosofia escrita que em linhas gerais diz:

“atender o homem que adoece, concentrando recursos humanos e tecnológicos para restaurar-lhe a saúde perdida ou, quando isto não for possível, prolongar-lhe a vida com dignidade. Busca a prática da medicina Hipocrática, com competência e solidariedade. A qualidade da assistência abrange aspectos médicos, administrativos e religiosos, por isso valoriza mais a ética do que o fator econômico” (HDH, 1996, p. 7).

Pudemos constatar que esta filosofia está documentada no regulamento do hospital e está de acordo com o que foi pesquisado na literatura, entretanto, sentimos falta de um abordagem no aspecto da assistência de Enfermagem, sendo que esta, na realidade está mais próxima do paciente. Outro aspecto que nos chamou atenção na

filosofia do hospital é o fato de afirmar que o fator econômico não é tão relevante, porém o hospital sobrevive dos recursos financeiros vindos dos atendimentos prestados ao paciente através de convênios.

O regimento, segundo Feldman (1972), é o texto que rege a disciplina do serviço, mostra a sua posição, estrutura administrativa e a competência em todas as atividades, fala do pessoal com suas funções bem definidas e os requisitos exigidos pelo hospital.

O hospital tem regimento escrito com suas atribuições, porém está passando por uma reformulação, com a contratação de uma empresa para a implantação da ISO 9002 (qualidade total).

A organização hospitalar precisa ainda, ter o organograma que representa graficamente a estrutura administrativa indicando a hierarquia funcional e as linhas de subordinação e também a divisão de setores do hospital.

No organograma do hospital (anexo 3), fazem parte da administração geral do hospital três pessoas: uma presidente; o diretor geral e um administrador clínico, divididos em setores administrativo e clínico, porém não podemos detalhar melhor sobre esta divisão hierárquica uma vez que o organograma também está passando por uma reformulação que ainda não está documentada.

O planejamento é a função inicial da administração e determina objetivos certos e em seguida escolhe os meios certos de alcançar esses objetivos. Ambos os aspectos do planejamento são vitais para o processo de administração. Sem os planos, os administradores não podem saber como devem organizar as pessoas e recursos. Sem plano não podem liderar com segurança ou esperar que outros o sigam.

Não tivemos acesso ao planejamento do hospital, mas observamos que os setores fazem um relatório mensal, fazendo menção do que aconteceu durante o mês, se houve ou não alguma intercorrência, relacionado ao serviço de enfermagem. É realizado também reuniões mensais com as enfermeiras, onde estas apresentam suas opiniões e traçam metas a atingir.

#### 6.4.1.3. Recursos humanos

Stomer e Freemann (1992, p. 276) conceituam “administração de recursos humanos (ARH) como uma função da administração que lida com recrutamento, colocação, treinamento e desenvolvimento dos membros da organização”. Ainda segundo estes autores “o planejamento de recursos humanos, é projetado para assegurar que as necessidades de pessoal sejam constante e adequadamente atendidos”.

O HDH conta com um quadro de 481 funcionários, englobando médicos, pessoal de enfermagem, pessoal da administração, pessoal de limpeza, entre outros. Dos 481 funcionários do hospital, apenas 218 funcionários são da enfermagem. Isto corresponde a 45% (quarenta e cinco por cento) do total de funcionários. Segundo Feldmann (s.d.) o serviço de enfermagem deve comportar, no mínimo, 60% do pessoal hospitalar. Portanto, observamos uma defasagem de 15% (quinze por cento) se compararmos o percentual do hospital com o preconizado por Feldmann.

O H.D.H. não terceriza serviço, com exceção, atualmente, da empresa de construção civil que está reformando o hospital, porém mantém um sistema de parceria com três empresas que são: o laboratório de análises clínicas, com 38 funcionários; o laboratório de anatomia patológica com 06 funcionários e o CDI com 05 funcionários. Estas empresas fazem parte da área física do hospital.

Segundo Stomer e Freemann (1992, p. 276), “o recrutamento cuida de desenvolver um conjunto disponível de candidatos que combine com o plano de recursos humanos”.

No HDH os candidatos são localizados geralmente através de anúncios em jornais, agências de emprego e informação ‘boca a boca’. A admissão é feita mediante necessidade dos setores através de contratação, sem concurso, sendo que o funcionário contratado fica em experiência por sessenta dias.

A demissão é feita mediante ao baixo desempenho, sendo feita uma justificativa por escrito pelo chefe imediato e encaminhado ao departamento pessoal.

O HDH não oferece seguro de vida a seus funcionários, porém oferece todo tipo de assistência médica, desde consulta médica, exames até cirurgias e internações.

#### **6.4.1.4. Descrevendo os setores gerais**

Em visita aos setores e serviços do hospital, levantamos alguns dados básicos acerca de sua estrutura e funcionamento, pois entendemos que o enfermeiro deve conhecer toda a estrutura e funcionamento da instituição onde ele atua, para que possa ter uma visão global do fluxo e funcionamento dos serviços de apoio e daí, prestar uma assistência com qualidade, bem como, tendo uma atuação participativa e dinâmica, colaborando efetivamente com a instituição na melhoria dos seus serviços.

Os setores de internação são identificados por letras, onde:

⇒ Ala A: pediatria, com 21 leitos ativados com direito a acompanhante quando o convênio permite. Conta com um quadro geral de 15 funcionários de enfermagem, uma enfermeira e uma escriturária. Dispõe de uma sala de recreação com pátio, uma sala de lavagem de mamadeiras, um lactário e demais salas de apoio de uma unidade de internação.

⇒ Ala B: maternidade, com 36 leitos, sendo todos alojamentos conjunto, destes 28 coletivos, 07 apartamentos e uma suíte. Possui um quadro geral de 16 funcionários de enfermagem, uma enfermeira e uma escriturária. Dispõe de uma sala de vacinas e infra-vermelho, dois quartos para gestantes de alto risco, além das demais salas de apoio. Oferece cursos de gestante seguindo os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno da UNICEF.

⇒ Ala C: clínica médico-cirúrgica I, será descrita no item a seguir mais detalhadamente, pois foi o campo deste estágio.

⇒ Ala D: clínica médico-cirúrgica II, com 35 leitos, sendo 14 coletivos, 15 apartamentos e duas suítes. Conta com um quadro geral de 17 funcionários de enfermagem, uma enfermeira e uma escriturária.

⇒ Ala E: clínica médica, com 25 leitos coletivos e com um quadro geral de 14 funcionários de enfermagem, uma enfermeira e uma escriturária.

Os setores de especialidades visitados foram:

⇒ UTI: unidade de Terapia Intensiva, com 07 leitos, sendo um de isolamento. Dispõe de um quadro geral de 16 funcionários, uma enfermeira e uma escriturária. Este setor está passando por uma reforma onde será ampliado ficando com um total de 11 leitos.

⇒ PA: Pronto Atendimento, com 10 leitos de observação, e um quadro geral de 20 funcionários de enfermagem, uma enfermeira, 8 recepcionistas e uma escriturária. Possui uma sala de emergência, uma sala de urgência e procedimentos, duas salas de pequenas cirurgias, uma sala de gesso, uma sala de medicação, uma sala de triagem, seis consultórios médicos e demais salas de apoio da enfermagem.

⇒ CC: Centro Cirúrgico, com cinco salas cirúrgicas, dispendo de um quadro geral de 35 funcionários de enfermagem, um enfermeiro e uma escriturária. Na entrada do CC há uma sala do serviço de anestesiologia que serve para toda a parte burocrática no que tange aos serviços prestados pelos anestesistas.

⇒ CME: Centro de Material e Esterelização, está localizado no 3º andar do hospital. Conta com um quadro de 13 funcionários. Possui três salas, onde a primeira sala o material sujo e contaminado é recepcionado, ele provém de todos os setores e do CC, que fica anexo ao mesmo, é lavado e secado; na segunda sala o material é

inspecionado, conferido, embalado e identificado, colocado dentro das autoclaves; na terceira sala ocorre o estocamento de material esterilizado, tem ligação com o CC e saída de material para a recepção nos setores.

⇒ CO: Centro Obstétrico. Este setor esta passando por uma reforma, sendo que uma parte dele já foi inaugurado em maio deste ano. Hoje conta com duas salas de parto normal, duas salas de cesárea, uma sala de pré-parto e uma sala de pós-parto. Possui um quadro geral de 20 funcionários de enfermagem e uma enfermeira.

⇒ Berçário: este setor também esta passando por uma reforma, sendo que futuramente funcionará como uma UTI neonatal. Hoje conta com duas salas, uma de emergência com quatro incubadoras, onde os bebês permanecem até atingirem um peso de 2.200 gramas. Possui ainda uma sala de amamentação.

#### **6.4.1.5. Setores de apoio**

⇒ Farmácia/almoxarifado/compras: estão localizados no térreo do hospital e na mesma área.

A farmácia tem 06 funcionários, sendo um farmacêutico. Trabalha com um sistema informatizado onde os pedidos de medicação e material são feitos individualmente por paciente, trazidos pelos setores. A partir destes pedidos os funcionários da farmácia separam a medicação e os materiais colocando-os em sacos plásticos com o número do quarto e leito do paciente. Estas medicações ficam num box (separado de cada ala) até que um funcionário do setor requisitante venha pegá-los.

O setor de compras é responsável pelas compras de todo tipo de material utilizado no hospital, desde de medicação até patrimônio.

É acionado quando chega no estoque mínimo ou quando em uma necessidade extraordinária.

O setor de almoxarifado é responsável por toda a guarda de materiais utilizados na instituição. É reabastecido de 30/30 dias, mantendo sempre um estoque mínimo.

⇒ Manutenção/marcenaria: está localizada no térreo do hospital, na parte externa. Tem um número total de 09 funcionários, onde três trabalham na caldeira, três na manutenção e três na marcenaria. Este setor presta serviço a todo o hospital, como na parte elétrica, hidráulica, de refrigeração e de consertos em geral. Todo serviço encaminhado a este setor tem um rápido retorno.

⇒ Rouparia/lavanderia/higiene: encontram-se no térreo, próximo à farmácia. Tem um total de 21 funcionários na rouparia e lavanderia, divididos em três turnos; e 32 funcionários no setor higiene. Estes setores são subordinados a uma chefe.

No setor de rouparia, além do estoque de roupas que é distribuído nos setores do hospital diariamente, há uma sala de costura onde são confeccionadas e reformadas todas as roupas do hospital.

⇒ Serviço de nutrição: localiza-se no térreo do hospital. Conta com um quadro geral de 32 funcionários, uma nutricionista e uma técnica em nutrição.

O sistema de cardápio é informatizado, com horários pré-determinados, onde os setores passam via computador as dietas de seus pacientes. O serviço de nutrição tem um extensa estrutura física que divide-se em: sala de preparo de saladas, sala de carnes, frios e laticínios e água mineral, sala de guarda de verduras e legumes, sala de confeitaria, sala de guarda de caixas vazias, plásticos e térmicas, sala de lavação e estoque de utensílios, uma de reuniões onde as copeiras têm acesso ao computador para retirar os mapas de dietas dos setores.

⇒ Informática: o HDH tem um sistema de comunicação interna todo informatizado, onde o paciente já na recepção é cadastrado via computador. Todos os setores de internação têm um computador onde acessam os dados de identificação e de internações anteriores do paciente. Neste computador os funcionários de enfermagem fazem o mapa de dietas e podem consultar os códigos de medicamentos para fazer pedido à farmácia.

#### 6.4.2. CONHECENDO O SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Serviço de enfermagem segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 23), “é um grupo de pessoas organizado, unindo seus esforços para alcance de um objetivo, que é a prestação da assistência de enfermagem”.

O serviço de enfermagem precisa ser organizado da mesma forma que a organização hospitalar, pois a organização do hospital e do SE precisam estar em harmonia para conseguirem alcançar seus objetivos.

Segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 123), “o regimento dispõe sobre filosofia, objetivos específicos, posição do serviço na estruturada organização e descrição das linhas hierárquicas, atividades a serem desenvolvidas, a competência de cada membro de enfermagem, o quadro do pessoal e outras disposições”.

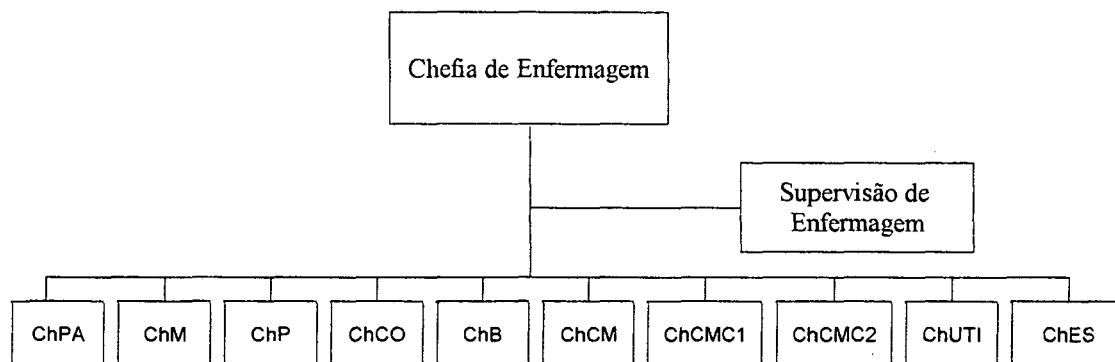
Ainda, afirma Kurcgant *et al.* (1991, p. 37), “que é importante a elaboração do organograma, pois é difícil visualizar o organização como um todo, surgindo assim a necessidade de um gráfico que mostre de forma imediata os órgãos competentes da organização, o fluxo da autoridade e responsabilidade e as linhas formais de comunicação”.

No organograma do H.D.H., o serviço de enfermagem está subordinado na prática, ao Diretor Clínico, porém, como referimos anteriormente, o organograma da



instituição está passando por uma reformulação geral e a posição hierárquica da chefia de enfermagem ainda está indefinida.

Atualmente, a chefia de enfermagem está organizada da seguinte forma:



#### Legenda:

**ChPA:** Chefia do Pronto Atendimento;

**ChM:** Chefia da Maternidade;

**ChP:** Chefia da Pediatria;

**ChCO:** Chefia do Centro Cirúrgico;

**ChB:** Chefia do Berçário;

**ChCM:** Chefia da Clínica-Médica;

**ChCMC<sub>1</sub>:** Chefia da Clínica-Médico-Cirúrgica I;

**ChCMC<sub>2</sub>:** Chefia da Clínica-Médico-Cirúrgica II;

**ChUTI:** Chefia da UTI;

**ChES:** Chefia da Escola de Auxiliar e Técnico de Enfermagem;

Vimos pelo organograma acima que há uma chefia geral de enfermagem que é auxiliada por uma supervisora e que em cada setor há uma enfermeira chefe para os três turnos, subordinada a chefia geral de enfermagem.

Observamos que o S.E. possui uma estrutura informal, onde o regimento não é formalizado oficialmente. Para Kurcgant *et al.* (1991, p. 23), “a estrutura informal refere-se aos aspectos da organização que não foram planejados formalmente, mas que emergem espontânea e naturalmente de interações e relacionamentos sociais entre as pessoas que ocupam posições na organização formal”. Esta falta de um regimento escrito não implica em grandes problemas, só faz com que cada funcionário execute funções a sua maneira, dentro da técnica que aprendeu. Não há atribuições escritas também, mas segundo informações, com a ISO 9002 (qualidade total), será escrito passo a passo todo o regimento com suas atribuições, filosofia, organograma, etc..

No H.D.H., conforme dados da instituição de 1996, o S.E. conta com 15 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 139 auxiliares de enfermagem e 49 atendentes, dando um total de 218 funcionários da enfermagem.

Os enfermeiros têm uma carga horária de 08 horas/dia, mais um plantão de 12 horas por mês e os demais funcionários dividem-se nos três turnos, mais plantão de 12 horas nos finais de semana. Em média a carga horária contratual é de 42 horas/semanais.

Percebemos que há uma defasagem no quadro do pessoal de enfermagem, o que já foi comentado no capítulo 6.4.1.3.

### 6.4.3. CONHECENDO A UNIDADE C

#### 6.4.3.1. Ambiente físico e arquitetônico

A Unidade C, Clínica Médico-Cirúrgica, é uma das alas do hospital que já está passando por uma reforma, faltando em média para o término 40% (quarenta por cento) da unidade.



Vista parcial da parte não reformada da Unidade C

Esta unidade é toda moderna, com cores bem selecionadas, uma boa iluminação, com janelas amplas tanto no corredor, como nos quartos.



Vista Central do posto de Enfermagem - Unidade C



Conta com 36 leitos, distribuídos em 18 quartos, sendo 05 apartamentos tipo “A”, 04 apartamentos tipo “B” e 09 quartos coletivos. Nos apto tipo “A”, o paciente tem direito a acompanhante, o quarto é equipado com frigobar, ar condicionado, TV à cabo, telefone e ainda uma sala de estar. Nos aptos tipo “B”, o paciente somente tem direito a acompanhante e a exclusividade do quarto. Os quartos coletivos possuem de 02 a 04 leitos, sem direito a acompanhante.



Quarto de internação coletivo

Segundo Takito e Valente (1983, p. 134), “o quarto hospitalar é de grande importância para o paciente, pois será onde permanecerá durante o período de internação e sentirá direta e indiretamente a satisfação de ser bem atendido e assistido, representando para ele, esse compartimento, todo hospital”.

A ala C possui uma sala de espera, uma sala para preparo de quimioterapia, uma copa, uma rouparia, um expurgo, uma sala de curativo, uma sala de preparo para



cirurgia e o posto de enfermagem. No entanto, constatamos que o setor não possui uma sala de estar para a enfermagem, conforme recomendação do Ministério da Saúde (1978).



Sala de curativos.







Posto de enfermagem.  
Posto 1 de medicação.

Posto de enfermagem.  
Posto 1 e 2 de  
medicações. No meio  
podemos notar o quadro  
de cirurgias do lado  
esquerdo, local onde  
ficam os prontuários e  
exames.



Acreditamos que o paciente fica muito bem instalado, pois a unidade oferece um ambiente acolhedor e de fácil adaptação.

#### 6.4.3.2. Ambiente da unidade e estrutura diretiva

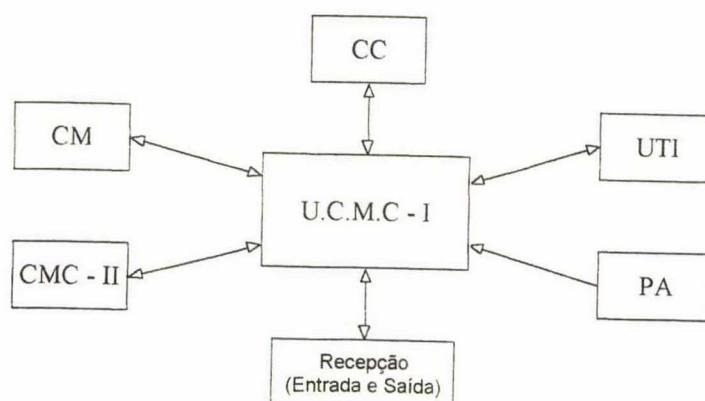
É uma unidade de internação médico-cirúrgico, com prioridade a pacientes cirúrgicos, administrada por uma enfermeira.

O setor possui uma pasta de normas e rotinas técnicas e também uma pasta com a relação dos preparos para exames especificados, porém não possui as atribuições de cada categoria da equipe de enfermagem escritas, o que ainda será feito com a implantação da ISO 9002 (qualidade total), como já nos referimos anteriormente.

Tivemos a oportunidade de conhecer e realizar rotinas administrativas como transferências internas e externas dos pacientes, alta hospitalar, óbito, recebimento do paciente no setor e solicitação de exames.

Segundo o Ministério da Saúde (1978, p. 60), “a rotina é o conjunto de elementos que especifica a maneira exata pela qual uma ou mais atividades devem ser realizadas”. Como já nos referimos, na unidade não existem atribuições de cada categoria de enfermagem, elas são informais. No entanto, parece haver uma uniformidade nas condutas entre a equipe de enfermagem.

Para permitir uma rápida visualização dos movimentos do paciente dentro da instituição relacionado com a unidade C, montamos o seguinte fluxograma:





Legenda:

UCMC - I: Unidade Clínica Médico-Cirúrgica - I

CC: Centro Cirúrgico;

PA: Pronto Atendimento;

CM: Clínica-Médica;

CMCII: Clínica Médico-Cirúrgica II.

#### **6.4.3.3. Recursos humanos**

Para Kurcgant *et al.* (1991, p. 91) “dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela”.

A unidade C conta com 20 funcionários, sendo 18 auxiliares de enfermagem, uma escriturária e uma enfermeira. No turno matutino, são 06 auxiliares que se dividem por quartos conforme rodízio semanal feito pela enfermeira. Além disso, cada funcionário fica responsável por uma atividade da unidade durante aquela semana e que também segue o rodízio semanal. Estas atividades são: manter limpa e organizada a sala de curativos, o posto I e posto II, a rouparia e o expurgo, também fazer o mapa de dietas dos pacientes e ficar com o AGR, que significa fazer o preparo para cirurgia dos pacientes que estão sem leito, aguardando (apêndice 5).

Na Unidade C, podemos constatar que aproximadamente, 90% (noventa por cento) dos pacientes são considerados como assistência intermediária segundo grau de complexidade assistencial. De acordo com a o anexo II da Resolução COFEN nº 189/96, assistência intermediária significa, “pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem com



parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas”.



Funcionários da Unidade C



Segundo Resolução do COFEN, 189/96, art. 5º §1º da unidade hospitalar de cuidados intermediários o número e percentual de pessoal de enfermagem por categoria deve ser 27% (vinte e sete por cento) de enfermeiros (mínimo de 06), deve-se acrescentar 30% (trinta por cento) como Índice de Segurança Técnica (IST) e ainda deve-se prever um enfermeiro para atividades administrativas, com 8 horas de trabalho. A resolução define ainda que nos cuidados intermediários a enfermagem utiliza 4,9 horas por cliente nas 24 horas.

Na Unidade C, do quadro de pessoal, dos 19 (dezenove) funcionários de enfermagem, 18 (dezoito) são auxiliares e técnicos e 1 (um) é enfermeiro.

Considerando as recomendações do COFEN e aplicando o cálculo preconizado por Alcala (1982, p. 17) constatamos que o número ideal de funcionários para o setor é de 22,8 entre nível médio e superior. Acrescentamos a este o número de percentual de 30% (trinta por cento) para cobertura de férias, licenças e outros (IST) previsto pelo COFEN e obtivemos um total de 30 (trinta) funcionários. Desta forma, teremos uma distribuição de 27% (vinte sete por cento) nível superior - 8 (oito) enfermeiros e 73% (setenta e três por cento) nível médio - 22 (vinte e dois) auxiliares e técnicos.

Assim, concluímos que o setor está defasado em 3 (três) funcionários de nível médio e 7 (sete) de nível superior no que se refere ao recursos humanos da enfermagem.

#### **6.4.3.4. Recursos materiais**

Para Kurcgant *et al.* (1991, p. 73) “os recursos materiais, bem como, os recursos humanos e financeiros, são essenciais para o funcionamento de qualquer tipo de organização, pública ou privada, de serviço ou de fabricação, com finalidade lucrativa ou não, e constituem fator que possibilita o alcance dos objetivos propostos por essas organizações”.

No HDH os RRMM estão centralizados em um único setor, o de “compras” que é responsável por qualquer tipo de reposição de materiais, mediante solicitações dos setores. O setor de compras é responsável pela negociação com fornecedores, segundo as normas de compra da instituição.

O controle de material permanente, seção de patrimônio, é efetuado também pelo setor de compras.

Ligado ao setor de compras está também o almoxarifado que é responsável pelo armazenamento, distribuição e o controle de materiais. No HDH o controle de material de consumo é feito pelo almoxarifado, a fim de manter o estoque em níveis ideais. Quando o estoque chega em uma quantidade mínima é feita nova solicitação.

Segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 75) “o serviço de patrimônio controla os extravios, as saídas de equipamentos da instituição para consertos, empréstimos, as transferências internas de materiais entre serviços, além de dar a baixa no número de controle de patrimônio dos materiais sem condições de uso”.

Na Unidade C a enfermeira é responsável pela solicitação de materiais e equipamentos necessários à execução dos procedimentos e tratamentos de enfermagem e médicos.

Kurcgant *et al.* (1991, p. 75) afirma que “os enfermeiros têm exercido atividades referentes à administração de materiais em suas unidades de trabalho, sendo responsáveis pela previsão, provisão, organização e controle desses materiais”.

Tivemos oportunidade de conhecer e entender como é feita a solicitação e reposição de materiais. Observamos que, na Unidade C, não há falta de medicamentos ou materiais. O HDH está muito bem servido em quantidade e qualidade de materiais, e quando é feita solicitação de materiais, são prontamente atendidos.

Segundo Kurcgant *et al.* (1991, p. 76) “a administração de recursos de materiais deve ser executado pela enfermeira, com o objetivo de melhorar a assistência ao paciente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais membros da

equipe de saúde, e não com o fim de se tornarem uma atividade puramente burocrática cuja única meta é a preservar os interesses financeiros da instituição”.

#### 6.4.4. AVALIAÇÃO DO OBJETIVO

Consideramos alcançado este objetivo, pois conseguimos realizar uma descrição analítica do funcionamento do Hospital, da Diretoria de Enfermagem e da Unidade C, relacionado com as políticas estrutural diretiva, de recursos humanos, de recursos materiais e assistencial.

## 7. ENFRENTANDO NOSSOS ESTRESSORES

Como seres humanos que somos e sujeitos as mais variadas situações estressantes, tivemos nesta nossa caminhada diversos estresses aos quais precisamos enfrentar.

Antes do início do projeto tivemos dois grandes estressores, que foram **conseguir uma orientadora e encontrar um campo de estágio** que satisfizesse a nossa curiosidade de conhecer uma nova realidade de saúde fora do município de Florianópolis. Precisamos de uma orientadora que se dispusesse a nos orientar “à distância” e que fosse até o nosso campo de estágio algumas vezes durante o estágio. Para conseguir uma orientadora “corremos” o departamento de enfermagem todo, e por sorte e Graças à Deus encontramos além de uma ótima orientadora, uma amiga especial. Viajamos para Joinville duas vezes e andamos pela cidade toda para achar um local de estágio que aceitasse acadêmicas e que também fosse ao encontro dos nossos interesses. Finalmente, conseguimos encontrar este local de estágio, que foi o Hospital Dona Helena. A partir daí, o nosso estresse passou a ser **o tema central a ser desenvolvido no estágio**. Como já havíamos optado anteriormente por desenvolver o estágio na Clínica Cirúrgica, resolvemos trabalhar os estressores do paciente frente a cirurgia. Com isto delimitado, os próximos passos e também grandes estressores foram **elaboração e apresentação do projeto**, precisamos ler muito, estudar e dar o melhor de nós na apresentação para enfrentar estes estressores.

**Começar o estágio** foi um estresse diferente, representou um desafio, uma nova vivência; sem professor por perto, longe dos colegas, e da universidade, nos sentimos “perdidas” no início, mas com o desenvolver do estágio fomos nos familiarizando com a instituição e com a condição de “enfermeiras”, assim enfrentamos este estressor.

**Deixar a instituição** foi um estressor para nós que ainda estamos tentando enfrentar.

Agora nossos estressores maiores são **fazer com que este relatório fique bom, fazer uma boa apresentação dele e concorrer no mercado de trabalho**. Estamos enfrentando estes estressores lendo e escrevendo o relatório da melhor maneira possível, preparando uma boa apresentação e procurando emprego.

Na verdade, todos estes estressores foram **agressores agudos**, representando ameaças ou desafios, no entanto, perfeitamente passíveis de serem enfrentados efetivamente.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **8.1. CONCLUINDO**

A realização deste trabalho nos possibilitou um crescimento pessoal e profissional significativo.

Através dele conseguimos identificar o significado que o paciente cirúrgico dá ao processo pelo qual está passando e como enfrenta as situações estressantes que se apresentam.

A utilização do marco conceitual que norteou nossa prática nos fez refletir sobre a prática assistencial de enfermagem ao paciente cirúrgico e de como ela tem sido feita atualmente.

O enfoque administrativo deste trabalho nos possibilitou comprovar a importância da administração do serviço de enfermagem na garantia do bom funcionamento deste e na qualidade da assistência prestada.

## 8.2. APRESENTANDO SUGESTÕES À INSTITUIÇÃO

Durante o nosso estágio tivemos a oportunidade de observar o funcionamento da instituição e comprovar a sua alta qualidade de assistência. Para que esta qualidade mantenha-se em um nível elevado, sugerimos algumas adaptações:

⇒ Recomendamos uma reavaliação no número de pessoal de enfermagem do nível médio e superior, pois há uma considerável defasagem, como analisado no item 6.4.3.3;

⇒ Sugerimos o aumento no número de maqueiros e a distribuição destes nos 03 (três) turnos;

⇒ Conforme o Ministério da Saúde (1978) preconiza, recomendamos uma sala de descanso para o pessoal de enfermagem;

⇒ Recomendamos que os enfermeiros continuem utilizando o planejamento estratégico participativo com a equipe, pois acreditamos que este método garante qualidade de assistência e principalmente satisfação aos trabalhadores;

⇒ Sugerimos que a Instituição continue recebendo estagiários de enfermagem, pois constitui-se em um excelente campo de estágio;

⇒ Recomendamos Cursos de Liderança para enfermeiros nas diversas abordagens, visando subsidiar e aprimorar o papel do enfermeiro frente a sua equipe e a instituição.



## APÊNDICE

**APÊNDICE 1 -**  
**Roteiro de entrevista semi-estruturada**

## ROTEIRO DE PRÉ-OPERATÓRIO

NOME DA CIRURGIA: .....

DATA: ...../...../.....

HORA DA CIRURGIA:.....

1) Já conhece a unidade?.....

.....

2) Gostaria de saber como é o centro cirúrgico? .....

.....

3) É fumante?.....

.....

4) Tem alergia a alguma coisa, por exemplo: esparadrapo, medicamento,  
alimento, antisséptico, roupas, etc.? .....

.....

5) Já esteve internado? .....

.....

6) Fez alguma cirurgia?.....

.....

7) Houve algum problema durante o após a cirurgia? .....

.....

- 8) Como foi a cicatrização? .....
- .....
- 9) Que tipo de anestesia foi usada? .....
- .....
- 10) Conseguiu dormir na véspera da cirurgia? .....
- .....
- 11) Sabe o que vai operar? .....
- .....
- 12) Sabe qual é a sua doença? .....
- .....
- 13) Tem interesse em saber qual é a sua doença? .....
- .....
- 14) Terá algum acompanhante no dia da cirurgia? .....
- .....
- 15) Tem conhecimento do que será feito na véspera da cirurgia (preparo para cirurgia)? .....
- .....
- 16) Tricotomia foi realizada? .....
- .....
- 17) Como funciona seu intestino? .....

- 18) Consegue urinar deitado? .....
- .....
- 19) Está orientado para regime de solicitação? .....
- .....
- 20) O tipo de cirurgia requer lavagem intestinal? .....
- .....
- 21) Tipo de cirurgia requer orientação para regime de solicitação? .....
- .....
- 22) O tipo de cirurgia requer orientações complementares. Exemplo: sonda, drenos, etc.? .....
- .....
- 23) Sente algum medo? Dê que? .....
- .....
- 24) Tem alguma preocupação? Qual? .....
- .....
- 25) Gostaria de perguntar ou acrescentar alguma coisa? .....
- .....

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO

1) Quanto ao nível de consciência?

- ☐ Consciente
- ☐ Agitado
- ☐ Semi-consciente
- ☐ Prostado
- ☐ Inconsciente

2) Há presença de sondas e cateteres? Qual? .....

.....

3) Sente dor? Onde? Como se manifesta? .....

.....

4) Como o paciente expressa dor? .....

.....

5) Está evacuando e urinando? .....

.....

6) Como está se sentido agora? .....

.....

**APÊNDICE 2 -**  
**Modelo do processo de enfermagem**

## LEVANTAMENTO DE DADOS/HISTÓRICO - PRÉ-OPERATÓRIO

....., 53 anos, sexo masculino, casado, residente em Joinville.

Internação: 22/05/97.

Data cirurgia: 22/05/97 13 hs.

Nome cirurgia: hemorroidectomia.

Não conhece a unidade nem a equipe de enfermagem da mesma. Refere não ter curiosidade em conhecer o centro-cirúrgico. É a sua primeira cirurgia. Nunca esteve internado antes. Não refere etilismo ou tabagismo. Tem alergia a esparadrapo. Sabe o que vai operar e sabe qual a sua doença, mas não sabe como a cirurgia será feita, tem curiosidade em saber. Está com acompanhante (esposa) que mostra-se muito ansiosa pela cirurgia do marido. O paciente sabe os preparos que são feitos para a cirurgia, sente constrangimento. Diz que seu intestino funciona diariamente. Tem dúvidas quanto a alimentação nos pós-operatório, tipo de alimentos que pode ingerir e os que deve eliminar (evitar). Refere não ter medo da cirurgia e/ou anestesia. Paciente aparentemente calmo. Pede visita da nutricionista do hospital.

### DIAGNÓSTICO:

#### ESTRESSORES LEVANTADOS NO PRÉ-OPERATÓRIO

- 1º) Primeira cirurgia;
- 2º) Primeira internação;
- 3º) Alergia a esparadrapo;
- 4º) Cirurgia (medo como será feita);
- 5º) Preparo pré-operatório;
- 6º) Alimentação no pós-operatório.



## LEVANTAMENTO DE ESTRATÉGIAS NÃO-EFETIVAS

### **Estratégias de enfrentamento utilizadas:**

- ⇒ Questionamento sobre a cirurgia com as acadêmicas (busca conhecimento).  
Como será feita, onde é o corte, ...
- ⇒ Questionamento às acadêmicas sobre as rotinas hospitalares(horário de visita, tipo de roupa que pode usar, etc.).
- ⇒ Sempre avisa, quando precisa fazer um curativo, que é alérgico à esparadrapo.
- ⇒ Busca do conhecimento acerca do preparo pré-operatório (como é feito, quem fará, por quê é feito).
- ⇒ Questionamento sobre a alimentação no pós-operatório às acadêmicas.  
Solicitação da visita na nutricionista do hospital para maiores esclarecimentos.

## PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

- 1) Auxiliar o paciente a entender como é feita a cirurgia, a partir da percepção que o mesmo tem dela.
- 2) Prestar esclarecimento ao paciente quanto às rotinas hospitalares.

- 3) Prestar esclarecimentos ao paciente quanto ao preparo pré-operatório, refletindo juntamente com ele acerca da importância e necessidade deste procedimento.
- 4) Prestar orientação ao paciente sobre a alimentação no pós-operatório, refletindo com ele sobre a função intestinal no pós-operatório, e as consequências que cada alimento tem na função intestinal.
- 5) Entrar em contato com a nutricionista e solicitar visita ao paciente.

### **LEVANTAMENTO DE DADOS - PÓS-OPERATÓRIO**

A anestesia utilizada foi a raquianestesia, com boa indução. O paciente movimentava-se ativamente MMSS e MMII, encontrando-se em decúbito dorsal, porém sentando-se com cuidado, refere pouca dor à movimentação, no local da incisão. Paciente consciente e orientado, comunicativo. Não apresenta uso de sondas, cateteres ou fluidoterapia. Refere estar sentindo-se bem, sem intercorrência na SRPA ou no PO<sub>1</sub>. Diz estar tranquilo quanto à alimentação, pois tirou todas as suas dúvidas na visita da nutricionista. Refere estar ansioso em ir para casa.

### **DIAGNÓSTICO**

#### **LEVANTAMENTO DOS ESTRESSORES**

⇒ Dor à movimentação no local da incisão;

⇒ Ansiedade em ir embora.

### LEVANTAMENTO DAS ESTRATÉGIAS NÃO-EFETIVAS

⇒ Não troca de decúbito com frequência  
Movimenta-se com cuidado

⇒ Fala sobre sua casa.

### EVOLUÇÃO/AVALIAÇÃO

Paciente aparentemente tranquilo, apenas com uma ansiedade natural em ir para casa.

Não intervimos nas suas estratégias de enfrentamento, pois são consideradas efetivas.

**APÊNDICE 3 -**  
**Resumo das cirurgias estudadas**

### Colpoperineoplastia

Conceito: E o reparo cirurgico do assoalho pelvico.

Indicacoes: Ruptura do perineo.

#### Cuidados no Pre-operatorio:

- Observar que a paciente nao deve apresentar inflamacao no colo e vagina
- Terapeutica hormonal
- Tricotomia e preparo intestinal
- Embrocacao da cavidade vaginal com solucao antisseptica
- Cateterismo vesical ( na unidade se prescrito)

#### Cuidados no Pos-operatorio:

- Drenagem vesical por 2 dias (observar quantidade, coloracao presencia de sangue)
- Cuidados com tampao vaginal
- Cuidados com fluidoterapia
- Antibioticoterapia conforme prescrito
- Orientar para nao levantar peso, subir escadas ou dirigir por dois meses.

### Hérniorrafia

Conceito: É a cirurgia de hernia. O saco herniário é dissecado, o conteúdo recolocado na cavidade abdominal, o colo do saco herniário é ligado a camada muscular.

Hernia Abdominal: É a protrusão de um órgão abdominal (geralmente intestino delgado) através de uma abertura na parede abdominal. Resulta de uma fraqueza congênita ou adquirida da parede abdominal, associada com um aumento persistente da pressão intra-abdominal por tosse ou esforço para defecar, ou em virtude de uma lesão expansiva dentro do abdome. Tem tendência em aumentar de tamanho. Pode ser inguinal, umbilical, incisional ou femoral.

#### Cuidados no Pre-operatório:

- Investigar se o paciente sofre de alguma infecção no trato respiratório superior, de tosse crônica por fumo excessivo, ou de espirros devido a uma alergia sob o risco de comprometer a ferida no pós-operatório
- Realizar tricotomia

#### Cuidados no Pós-operatório:

- Orientar que poderá sair do leito após 24 a 48 horas
- Orientar quanto a dieta (se anestesia geral, líquidos e alimentos restritos até o retorno da peristalse)
- Orientar quanto a retenção urinária, comum no pós-op.
- Instruir o paciente que tosse ou espirra a proteger o local da incisão do aumento da pressão intra-abdominal
- Sonda naso-gástrica se prescrito para a prevenção da distensão, vômitos, e o esforço ao defecar
- Administrar emolientes fecais prescritos, para prevenir o esforço durante a defecação, o que aumenta também a pressão intra-abdominal.

### Histerectomia

Conceito: É a remoção cirúrgica do útero. A incisão é feita sob anestesia geral. Uma histerectomia total envolve a remoção de todo o útero, incluindo o colo, as trompas e os ovários permanecem.

Indicações: Miomas do útero, hemorragias incontroláveis, processos inflamatórios ou tumores do útero.

Tipos: - Abdominal  
- Vaginal

#### Cuidados no Pré-operatório:

- Preparo intestinal (fleet enema)
- Tricotomia área púbica e abdominal
- Verificar se a paciente não está em período pré ou pós-menstrual imediato, caso esteja comunicar (evita-se cirurgia nestes períodos)
- Orientar quanto à esterilidade e à ausência menstrual

#### Cuidados no Pós-operatório:

- Hidratação por soroterapia
- Posição semi-fowler
- Observar sangramentos
- Observar sonda vesical
- Cuidados com tampão vaginal
- s/n sonda retal para flatulência
- Observar e trocar curativo abdominal
- Líquidos e alimentos restritos por 1 a 2 dias
- Exames ginecológicos periódicos
- Não levantar peso, subir escadas ou dirigir por dois meses

## Mastectomia

### Conceito:

- Simples: e a remoção da mama sem dissecação dos linfonodos.
- Radical: e a remoção da mama e dos músculos da parede torácica, após a remoção dos ganglios e linfáticos da axila. É necessária para remover o tumor e a área de disseminação linfática.

### Cuidados no Pre-operatório:

- Preparo psicológico. A paciente deve receber uma atenção especial devido a mutilação que a cirurgia proporciona.
- Tricotomia ampla, que abrange o tórax, abdome e perineo e quando a cirurgia é radical é necessária de enxerto de pele, tricotomizar também a área de onde se retirará o fragmento de pele (porção anterior da coxa geralmente)
- Lavagem intestinal

### Cuidados no Pós-operatório:

- Observar se a paciente está com dreno e conectá-lo conforme prescrição
- Observar constantemente o curativo em busca de sinais de hemorragia
- Manter o braço do lado afetado apoiado, verificando edema, sinais de cianose de extremidades
- Colocar a paciente em posição semi-sentada logo que se recuperar da anestesia, poderá levantar no segundo dia da cirurgia
- Orientar e auxiliar a paciente a fazer os exercícios que se iniciam ativamente após 24 horas da cirurgia. Os exercícios iniciam com movimentos de extensão e flexão dos dedos, elevação gradual do braço, até que se consiga elevar o braço normalmente, pentear os cabelos, escovar os dentes, lavar o rosto com a mão do lado afetado
- Manter o membro apoiado com uma tábua
- Orientar para a alta - Cuidados com a mão e braço do lado da cirurgia, além dos cuidados com a incisão e o uso de prótese.



### Prolapso ou Procidencia Uterina - CIU

Conceito: O utero se desloca para baixo podendo descer para o canal vaginal e aparecer do lado de fora da vagina.

- Causas:
- Trauma no parto
  - Anomalia congenita
  - Tumor pelvico
  - Diabetes
  - Obesidade
  - Asma
  - Bronquite cronica

#### → Manifestacoes Clinicas:

- Sensacao de peso no baixo ventre e congestao venosa, sangramento, corrimento, colicas e intestino preso.

- #### → Diagnostico:
- Exame fisico
  - Manifestacoes Clinicas

#### → Tratamento:

- Repouso
- Tratar infeccoes
- Perda de peso
- Tratar prisao de ventre com laxativos ou enemas.

#### → Cuidados no Pre-operatorio:

- Repouso
- Sondagem vesical, se necessario
- Enema
- Tricotomia
- Jejum
- Orientar quanto aos cuidados pos-operatorios
- Embrocacao vaginal, se necessario

#### → Cuidados no Pos-operatorio:

- Repouso
- Curativo e higiene perineal com soro fisiologico e antisseptico. Geralmente no PO1 e retirado o tampao vaginal e indicado higiene apos cada miccao e evacuacao
- Cuidados com sonda vesical e reeducacao da bexiga antes de tira-la
- Aplicar spray antisseptico e analgesico, se prescrito
- Encorajar as miccoes frequentes (reduz pressao)
- Estimular a ingesta hidrica
- Evitar uso de enema e sonda retal para nao prejudicar a cicatrizacao da ferida (somente podera fazer apos 6 dias)
- Compressas frias no local
- Orientacoes para a alta:
  - Manter cuidados higienicos apos elimina

coes

- Retomar atividade sexual conforme prescrição medica
- Orientar quanto aos exames ginecologicos periodicos

### Veias Varicosas (varizes)

Conceito: São veias superficiais dilatadas e tortuosas, causadas por incompetência das válvulas venosas.

Fisiopatologia: Podem ser consideradas primárias (sem o envolvimento de veias profundas) ou secundárias (resultante de obstrução de veias profundas). O refluxo do sangue venoso nas veias resulta em estase venosa.

Manifestações: Caso sejam afetadas apenas as veias superficiais, é possível que a pessoa não apresente sintomas, porém o aspecto das veias dilatadas pode ser desagradável.

Caso estejam presentes sintomas, eles podem ser representados por dores, cãibras musculares e aumento de fadiga muscular das pernas. Edema de tornozelos e sensação de peso nas pernas podem ocorrer. As cãibras noturnas são um sintoma comum.

Quando a obstrução das veias profundas resulta em varizes, os pacientes podem demonstrar sinais e sintomas de insuficiência venosa crônica: edema, dor, pigmentação e ulceração. A susceptibilidade a traumatismo e infecção está aumentada.

### Ressecção de varizes uni ou bilateral:

Conceito: É a cirurgia para veias varicosas. Consiste em ligação e divisão da veia safena, sob anestesia geral.

#### Cuidados no Pré-operatório:

- Orientar o paciente a evitar meias apertadas, cruzar as pernas sobre as coxas e sentar-se ou permanecer em pé durante longos períodos.
- Orientar quanto à elevação das pernas quando estas estiverem cansadas.

#### Cuidados no Pós-operatório:

- Orientar quanto ao repouso no leito por 24 horas, após o que o paciente começa a andar a cada duas horas, durante 5 a 10 minutos para ativar a circulação e evitar formação de gases.
- Orientar quanto à manutenção da compressão elástica contínua da(s) perna(s) durante cerca de uma semana, após a cirurgia.
- Orientar quanto aos exercícios e movimentos das pernas, bem como a elevação do pé da cama.
- Orientar para que evite ficar na posição sentado ou em pé por longos períodos sob o risco de comprometer a circulação.

**APÊNDICE 4 -**  
**Questionário distribuídos aos funcionários**

PONTO POSITIVO DA UNIDADE C

---

---

---

---

O QUE PRECISA MUDAR?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE 5 -**

**Escala de serviço de enfermagem atual (manhã)**

### ESCALA DE SERVIÇO MANHÃ (atual)

206	211	214
208	212	215
209	213	SALA
210		DE
POSTO 1	AGR	CURATIVOS

		224
217	222	225
220		226
221	223	227
EXPURGO	ROUPARIA	POSTO 2 e MAPA DE DIETAS

**APÊNDICE 6 -**  
**Escala de serviço de enfermagem atual (tarde)**



### ESCALA DE SERVIÇO TARDE (atual)

206	211	214
208	212	215
209	213	SALA
210		DE
POSTO 1 e ROUPARIA	AGR	CURATIVOS

	223
217	224
220	225
221	226
222	227
	POSTO 2 e MAPA
EXPURGO	DE DIETAS

**APÊNDICE 7 -**  
**Cronograma dos objetivos**

## DOS OBJETIVOS

ESTRATÉGIAS		SEMANAS										
OBJETIVO Nº 1		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª
Levantar os cirúrgicos e selecionar 3	X											
Revisão bibliográfica	X	X										
Elaborar um roteiro	X	X	X									
Selecionar os pacientes				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fazer entrevistas com o paciente				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificar junto ao paciente seus estressores e estratégias				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Listar os estressores e estratégia de enfrentamento				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar o planejamento para a ação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ajudar o paciente a desenvolver suas estratégias				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBJETIVO Nº 2												
Levantamento dos estressores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificar suas estratégias de enfrentamento				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Listar os estressores e estratégias de enfrentamento				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaborar o planejamento para a ação				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atuar com a equipe no desenvolver das estrat.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter relacionamento informal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Participar das reuniões	X					X				X		



**APÊNDICE 8 -**  
**Escala de atividades diárias do estágio**

ESCALA DE ATIVIDADES DIÁRIAS DO ESTÁGIO

Mês	Graduanda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Março	Andréia/Eugeni															
Abril	Andréia/Eugeni	•	•	•/*	•	F	F	R/C	•	•	•/*	•	F	F	R/C	•
Maiο	Andréia/Eugeni	F	•	F	F	R/C	•	•	•/*	•	F	F	R/C	•	•	•/*
Junho	Andréia/Eugeni	F	R/C	•	•	•/*	•	F	F	R/C	•	R/•	•			

Mês	Graduanda	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Março	Andréia/Eugeni																•
Abril	Andréia/Eugeni	•	•/*	•	F	F	F	•	•	•/*	•	F	F	R/•	•	•	
Maiο	Andréia/Eugeni	•	F	F	R/C	•	•	•/*	•	F	F	R/•	•	•	F	•	F
Junho	Andréia/Eugeni																

Nomenclatura:

•	6:30 às 12:30 h.
*	14:00 às 16:00 h.
F	Folga (Feriado e/ou fim de semana)
C	Contexto social (Aula Florianópolis)
R	Reunião com Orientadora

## *REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA*

ALCALA, Maria Única e Col. **Cálculo de pessoal.** São Paulo : Prefeitura do Município de São Paulo, 1992.

ALONSO, Ilca Keller. **Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de Enfermagem voltada às mulheres “mães de primeira viagem”, em seus enfrentamentos cotidianos.** Florianópolis : UFSC, 1994, 210 p. Dissertação (mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

BIANCHI, E. R. F.; CASTELLANOS, B. E. P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.**, v. 3, n. 5, out/dez, p. 161-166, 1983.

BLEGER, José. **Psicologia da conduta.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1984. p. 167.

BOGOSSIAN, Levão. **Manual prático de pré e pós-operatório.** Rio de Janeiro : Medsi, 1987. p. 20.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras

providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, p. 8.853, 09 jun. 1987. seção 1.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro : Ed. Guanabara Koogan, v. 2, 1994.

CARVALHO, D. V. Assistência de enfermagem a pacientes com manifestações de distúrbio emocional, internados em unidade médico-cirúrgica. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.**, v. 5, n. 1, jan/mar, p. 32-37, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 160, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 189, de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. **Boletim COFEN - NN**, Rio de Janeiro, p. 2-12, 1996.

ELSEN, Ingrid *et al.* Cidadania: um novo conceito para prática de Enfermagem com famílias? IN : **Revista Texto e Contexto**, v. 1, n. 1, jan/jun, p. 106-115, 1992.

FELDMANN, M. A. **Administração do serviço de enfermagem**. São Paulo : Grafikor, 1972. p. 9-169.

GAS, B.W. Du. **Enfermagem prática**. 4. ed. Rio de Janeiro : Ed. Guanabara, 1988.

HENSE, D. S. S. A espiritualidade no contexto da experiência do paciente cirúrgico. Brasília : **Rev. Bras. Enf.**, v.41, n. 1, jan/mar, p. 7-14, 1988.



HYMOVICH, Debra P.; HAGOPLAN, Glória A. **Chronic illness in children and adults**, a psychosocial approach, Philadelphia W. B. Saunders comp., 1992.

HOSPITAL DONA HELENA. **Indicadores epidemiológicos**. Joinville, 1996.

JORGE, D. R. Efetividade da comunicação do pessoal de enfermagem na passagem do plantão. Brasília : **Rev. Bras. Enf.**, v. 27, n. 2, p. 150-163, 1974.

KURCGANT, Paulina *et al.* **Administração em enfermagem**. São Paulo : Pedagógica e Universitária Ltda., 1991.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN. **Stress appraisal and coping**. New York : Springer, 1984.

MARTINS, Margareth Linhares. **Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas**, Florianópolis : UFSC, 1995, Dissertação (mestrado em Enfermagem), Curso de mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

MASETTO, Marcos M. **Aulas vivas**. São Paulo : MG Editores Associados, 1992.

MENDES, D. C. Assistência de enfermagem e administração de serviços de enfermagem: a ambigüidade funcional do enfermeiro. Brasília : **Rev. Bras. Enf.**, v. 38, n. 3/4, jul/dez, p. 257-265, 1985.

MEURER, C. M. **Relatório do estágio de administração e liderança da assistência de enfermagem**. Florianópolis, 1990, Universidade Federal de Santa Catarina.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e manuais técnicos: instrumento de avaliação para hospital geral de médio porte.** Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde.** Brasília, 1978.

PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural,** Florianópolis : UFSC, 1990, Dissertação (mestrado em Enfermagem), Curso de mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

PELLIZZETTI, N.; BIANCHI E. R. F. Avaliação da prescrição de enfermagem para o período transoperatório. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.** jan, p. 75-84, 1991.

PONTES, Regina H. P. **Respondendo a prática educativa do profissional de saúde.** ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIABETES. (2. : 1988 : Florianópolis). Florianópolis : 1988. p. 20-23.

RIBEIRO, Lair. **Comunicação global.** 3. ed. Rio de Janeiro : Rosa dos tempos, 1992.

RODRIGUES, A. I. O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. São Paulo : **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 18, n. 2, ago, p. 163-176, 1984.

SALZANO, S. D. T. Os problemas dos pacientes detectados pela enfermeira durante a recepção no centro cirúrgico. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.**, v. 6, n. 2, abr/jun, p. 67-77, 1986.

SILVA, A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico. São Paulo : **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 21, n. 2, ago, p. 145-160, 1987.

SILVA, M. A. A. da; CEZARETI, I. V. R. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico centrada nas necessidades básicas. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.**, v. 2, n. 2, nov/dez, p. 35-41, 1982.

STOMER, Fames A. F.; FREEMAN, R. Edward. **Administração**. 5. ed. Rio de Janeiro : Afiliada, 1992. p. 227-230.

TAKITO, C.; VALENTE S. M. T. B. Ambiente do paciente hospitalizado. São Paulo : **Rev. Paul. Enf.**, v. 3, n. 4, jul/ago/set, p. 133-136, 1983.

TEIXEIRA, M. E. M. Percepções dos pacientes quanto aos procedimentos invasivos no pós-operatório de cirurgia de porte. Brasília : **Rev. Bras. Enf.**, v. 47, n. 3, jul/set, p. 250-257, 1994.

TEIXEIRA, M. E. M. **Relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e o paciente submetido a cirurgias de pequeno, médio e grande portes**. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TRENTINI, Mercedes *et al.* **Marco teórico do núcleo de convivência em condições crônicas de saúde** (NUCRON). Florianópolis : Departamento de Enfermagem - Casa Vida e Saúde. UFSC, 1991.

TRENTINI, Mercedes *et al.* Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável, **Rev. Texto e Contexto, Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, jul-dez, p. 76-87, 1992.

TREVIZAN M. A. *et al.* O significado de administração da assistência ao paciente.

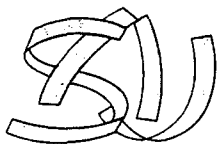
Porto Alegre : **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 10, n. 1, jan, p. 34-37, 1989.

VALLE, E. G. *et al.* Pós-operatório de cirurgia cardíaca: o que pensam e verbalizam

os pacientes. Brasília : **Rev. Bras. Enf.**, v. 43, n. 1,2,3/4, jan/dez, p. 79-84, 1990,

## **ANEXOS**

**ANEXO 1 -**  
**Folheto explicativo S.A.J.**



**SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DE JOINVILLE S/C LTDA.**  
CENTRO DE ENSINO E TREINAMENTO S.B.A. - M. E. C.  
RUA SAÍ, 30 - FONE: (047) 433-1666 - 89202-170 - JOINVILLE - SC.

## Anestesia tem risco?

### O que é anestesia?

Anestesia é o estado de ausência de dor durante uma operação, um exame diagnóstico, ou um curativo. Ela pode ser geral, isto é, para o corpo todo; ou parcial, também chamada regional, quando apenas uma região do corpo é anestesiada. Sob o efeito de uma anestesia geral, você ficará dormindo; já numa anestesia regional você poderá ficar dormindo ou acordado, conforme a conveniência do caso. Em ambas as situações, o Anestesiologista ou Anestesista vigiará as funções de seus órgãos vitais, durante o tempo que se fizer necessário, e providenciará para que seu organismo reaja com segurança a um exame ou a uma cirurgia.

### Quem são os Médicos Anestesiologistas?

São médicos que cursam 6 (seis) anos de Faculdade, se submetem a mais 2 ou 3 anos de especialização em centros de ensino e treinamento. Ao concluir faz-se uma prova de avaliação a nível Nacional e após aprovação somos reconhecidos como especialistas pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina. Só após todas estas etapas, somos considerados aptos para desempenhar nossas funções e por em prática os conhecimentos adquiridos.

### Qual o risco de uma anestesia?

São muito raros, atualmente, os acidentes ou complicações de uma Anestesia. Com medicamentos, instrumental e técnicas modernas, o Anestesiologista reduz ao máximo os riscos de acidentes anestésicos, mas é claro que eles nunca chegam a zero, uma vez que há fatores de risco algumas vezes imponderáveis ligados não só à anestesia, como à própria operação, às condições hospitalares, etc. De qualquer maneira, o Anestesiologista, além do conhecimento e da especialização médica, emprega toda a sua perícia e experiência clínica para o sucesso completo da operação a que você está se submetendo. Para a maior segurança dos pacientes, os hospitais modernos contam com equipes e equipamentos próprios para emergências e cuidados críticos, o que reduz ainda mais os riscos de acidentes graves incontornáveis.

### Por que a maioria das pessoas tem medo de anestesia?

Porque muitas vezes as informações que possuem não foram tão esclarecedoras quanto aquelas que são divulgadas, por exemplo, acerca de viagens aéreas. Tal como os vôos são realizados aos milhares e sem acidentes, também diariamente milhares de anestésias são aplicados em todo o mundo, com toda a segurança. Por comparação, pode-se afirmar que, tal como os perigos das viagens aéreas, os riscos da anestesia são bastante reduzidos. Ainda comparando, sabemos que os meios de divulgação ampliam os eventos relativos a um acidente aéreo; do mesmo modo, publicam com alguma sensação os casos em que ocorrem acidentes anestésicos. Assim se explica porque muitas pessoas têm medo de viajar de avião. E porque outras receiam submeter-se a uma Anestesia. É por isso que você deve exigir que somente Anestesiologista qualificado faça a sua anestesia.

### Como evitar o medo da anestesia?

O Anestesiologista é o Guardião de sua vida durante a operação ou o exame sob anestesia. Confie nele e na equipe que vai cuidar de você. Lembre-se de que milhares de pessoas confiam suas vidas aos pilotos e comandantes de aeronaves em viagens aéreas por todo o mundo, e da mesma maneira outras tantas milhares confiam nas equipes cirúrgicas que cuidam delas nas Salas de Operações. A sua confiança é a melhor recompensa para o Anestesiologista.

### O que faz o Anestesista?

É o médico Anestesiologista ou Anestesista quem vigia seu organismo e o mantém funcionando equilibrado, controlando sua Pressão Arterial, Pulso, Ritmo Cardíaco, Respiração, Temperatura Corporal e outras funções orgânicas importantíssimas para o sucesso da cirurgia. Assim, o Médico Anestesiologista é o verdadeiro guardião de sua vida durante e logo após uma operação ou exame sob anestesia.

### O que é o Serviço de Anestesiologia de Joinville (SAJ)?

O Serviço de Anestesiologia de Joinville (SAJ) é constituído por 28 Médicos Anestesiologistas. Todos possuem Título de Especialista em Anestesiologia conferido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA). Prestamos atendimento a todos os hospitais e clínicas da cidade de Joinville em período integral (diurno e noturno), durante todos os dias do ano.

### Lembre-se

Nenhum Ser Humano nasceu para sentir dor. O Anestesista sabe como evitá-la. Confie nele.

**ANEXO 2 -**  
**Escala de serviço de enfermagem antiga**



**ESCALA DE SERVIÇO DA MANHÃ (antiga)****Rodízio:**

① 206/208/209/210

② 211/212/213

③ 214/215/217

④ 220/221/222

⑤ 223/224/225

⑥ 226/227

① Mapa de dietas

② Expurgo

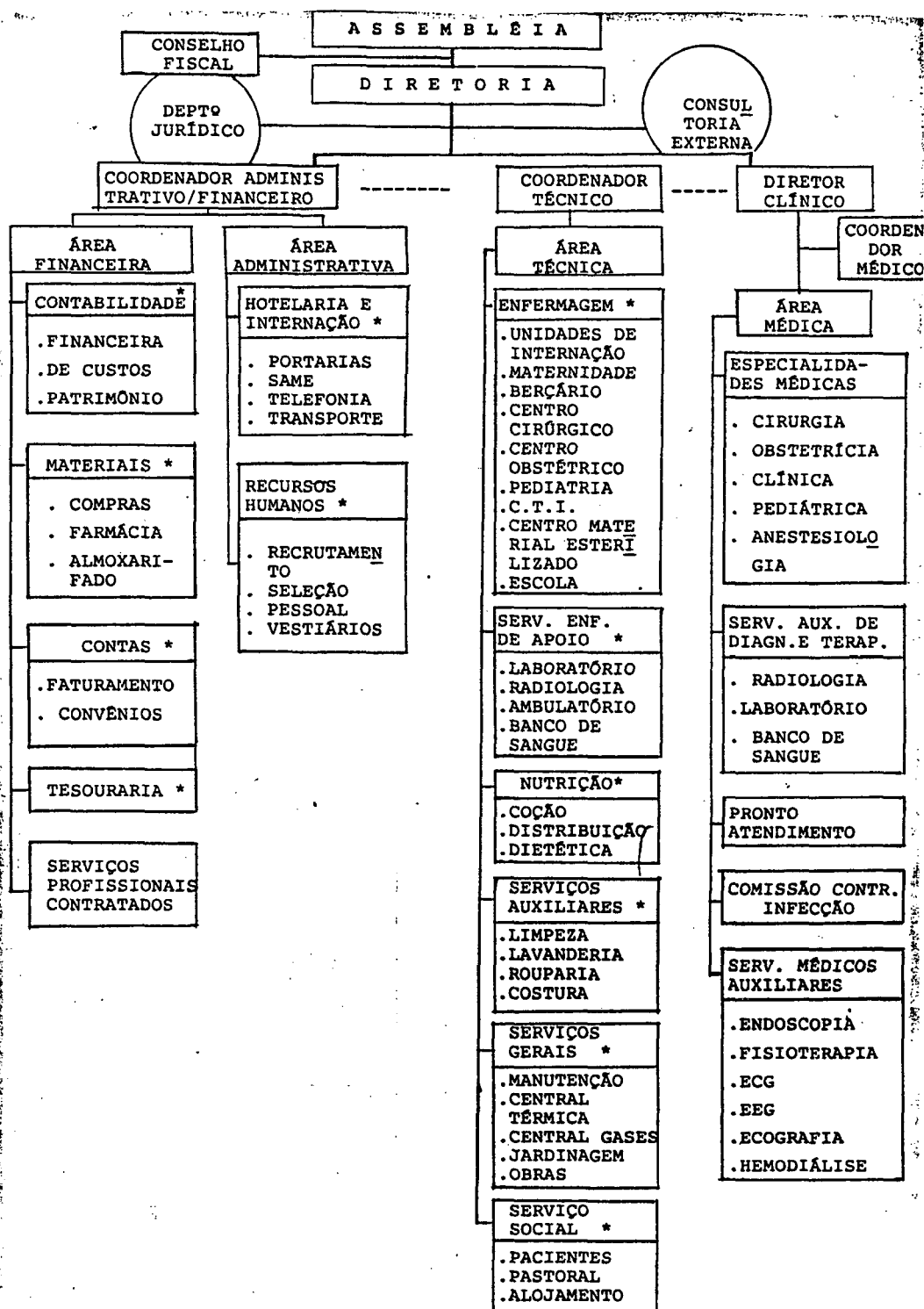
③ Rouparia/Posto 2

④ Sala de curativos

⑤ AGR

⑥ Posto 1

**ANEXO 3 -**  
**Organograma do H.D.H.**



**ANEXO 4 -**  
**Cronograma de Disciplinas**

CRONOGRAMA DE DISCIPLINAS

Eventos	Mês						Dias
	Mar	Abr	Maio	Jun	Jul		
Elaboração do projeto	x						03/03/97 à 21/03/97
Entrega do projeto	x						21/03/97
Apresentação do projeto	x						25 e 26/03/97
Início do Estágio	x						31/03/97
Desenvolvimento do Estágio	x	x	x	x			31/03/97 à 12/06/97
Término do Estágio				x			12/06/97
Elaboração do Relatório				x		x	12/06/97 à 02/07/97
Entrega do Relatório						x	02/07/97
Entrevista com a Banca						x	07/07/97
Apresentação dos Relatórios						x	9, 10 e 11/07/97
Entrega do Relatório final						x	17/07/97